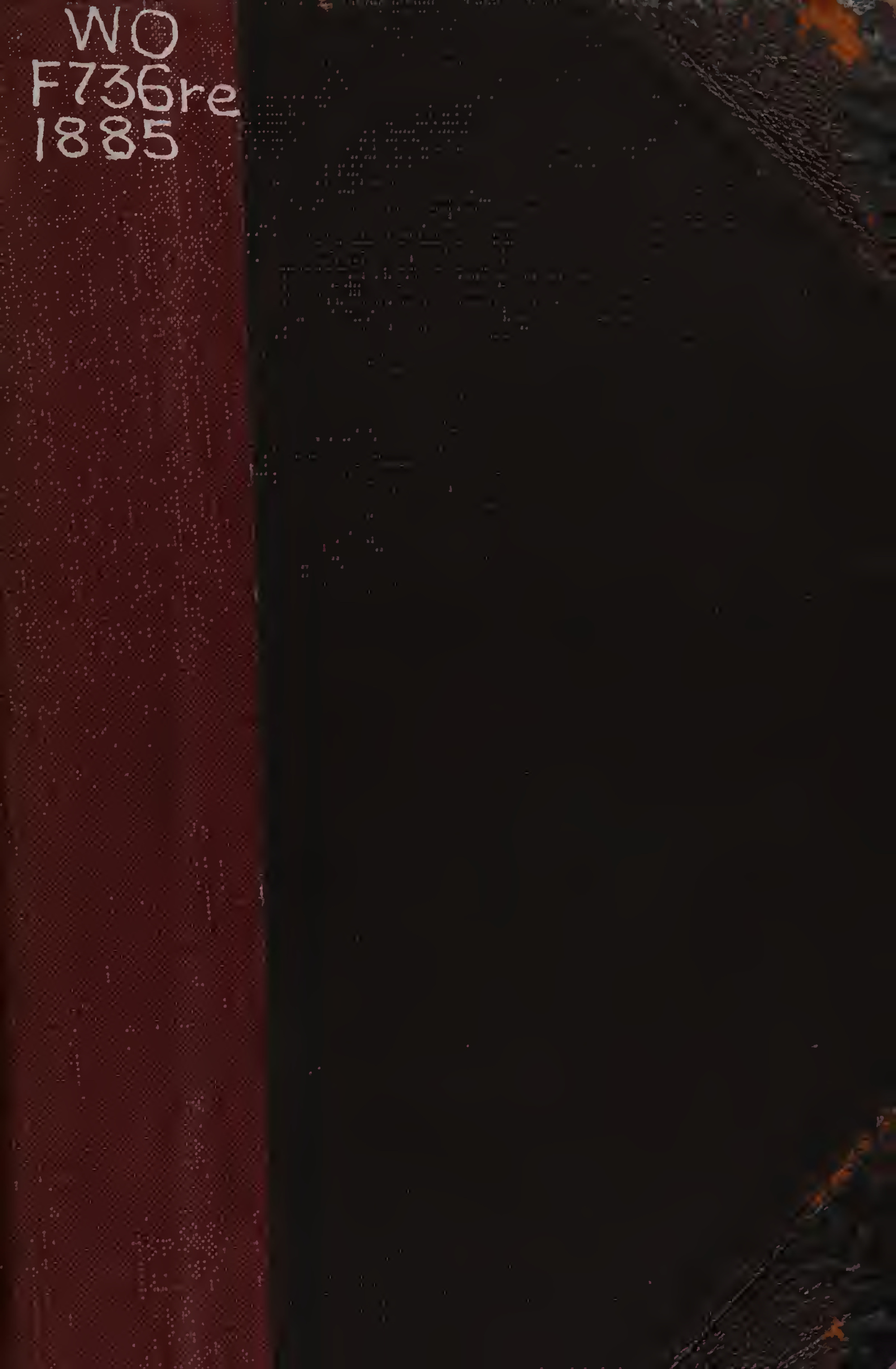
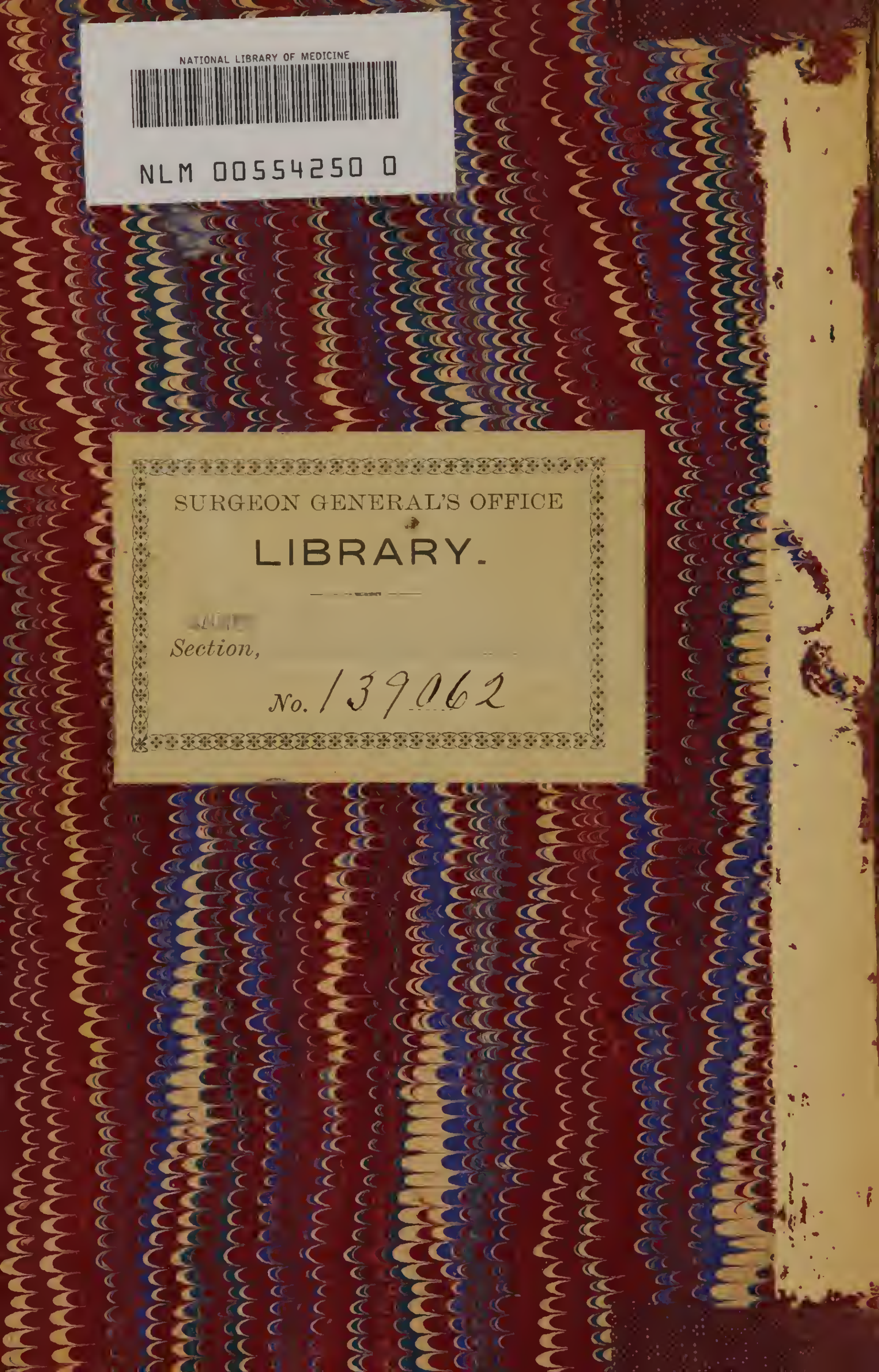

WO
F736re
1885



NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00554250 0
SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
Section,
No. 139062

à mon cher confrère et ami le dr
Dujardin Beaumetz
souvenir affectueux
J. A. Fort

RECUEIL D'OBSERVATIONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

PAR LE DR. J. A. FORT

Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris,
Chargé en 1880 d'une mission scientifique dans l'Amérique du Sud par le Ministre de l'Instruction Publique de France,
Membre de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,
Membre de la Société d'Anthropologie de Paris, etc.



MONTEVIDEO
Imprimerie à vapeur du journal LA FRANCE, rue Sarandi 203
1885

AVERTISSEMENT

Ceci est un recueil des principales grandes opérations que j'ai pratiquées dans l'Amérique du Sud. C'est une exposition simple de faits qui formeront le noyau d'un ouvrage plus important que je me propose de publier.

Ce travail sera divisé en trois parties.

La première est un mémoire sur les grandes opérations qui se pratiquent dans l'abdomen de la femme. Ce mémoire a été présenté à l'Académie de Médecine de Paris par M. le Baron Hippolyte Larrey, médecin inspecteur des armées, et il a été l'objet d'un rapport à la Société de Médecine pratique de Paris.

La deuxième partie contient la description d'une série d'opérations d'uréthrotomie interne.

Quand à la troisième, elle renferme un certain nombre d'observations variées d'opérations chirurgicales les plus intéressantes que j'ai été appelé à pratiquer.

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRE SUR SEPT OBSERVATIONS AVEC OPÉRATION

D'OVARIOTOMIE, HYSTÉROTOMIE ET LAPAROTOMIE

Pour Tumeurs Utérines et Ovariques, et pour Grossesse Extra-Utérine

OBSERVATION I

Tumeur fibreuse de l'utérus. — Opération. — Guérison.

Madame X. . . ., d'Itaborahy, province de Rio Janeiro, se présente à ma consultation en avril 1881 et me demande mon avis sur l'oportunité d'une opération.

Depuis huit ans, elle porte une tumeur abdominale et une tumeur vaginale; elle souffre beaucoup et a eu de nombreuses hémorrhagies qui l'ont rendue anémique à un très haut degré.

Un examen attentif me fait constater la présence d'une tumeur dure, un peu irrégulière, montant jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic et présentant une étendue transversale de douze centimètres environ. Le doigt ne peut pas pénétrer dans le vagin, dont la cavité est obstruée par une tumeur lisse et arrondie du volume d'une tête de fœtus à terme. On arrive avec difficulté à contourner cette tumeur et le doigt passe en entier entre elle et la partie postérieure du vagin. Entre la tumeur et la paroi antérieure du vagin, il est impossible d'introduire le doigt; on ne peut donc pas se rendre compte de la position du col utérin. L'hystéromètre et une sonde pénètrent entre la tumeur et les parois vaginales jusqu'à une profondeur de quinze centimètres environ.

Par le cathétérisme on s'assure que la vessie est logée entre la tumeur et la paroi abdominale; elle remonte à six centimètres au-dessus du pubis.

Par le toucher rectal on constate la présence d'une immense tumeur arrondie en avant du rectum et le doigt peut sentir l'extrémité de l'hystéromètre le long de la paroi postérieure du vagin.

En cherchant à faire mouvoir la tumeur intra-vaginale enclavée, pour ainsi dire, dans le bassin, on n'imprime aucun mouvement à la tumeur abdominale. Les mouvements communiqués à cette dernière paraissent déterminer quelques oscillations de la tumeur intra-vaginale.

Le diagnostic est: tumeur fibreuse (miôme) du corps de l'utérus et tumeur fibreuse (polype) du col. Il restait deux points douteux: 1° la continuité des deux tumeurs qui me paraissait possible, sinon probable; 2° la situation et l'état du col.

En cet état de choses, ma réponse fut celle-ci: la tumeur abdominale ne me parait pas opérable; quant à la tumeur vaginale, je crois qu'on peut tenter l'opération, mais comme il n'existe aucun symptôme qui menace la vie de la malade, je conseille d'attendre l'époque de la ménopause. Du reste, nous pourrons essayer le traitement des corps fibreux de l'utérus par les courants continus avec intermittence, selon la méthode du docteur Chéron, de Paris.

Je pensais que la malade et son mari seraient satisfaits d'apprendre qu'ils pouvaient espérer la guérison sans opération. Quel fut mon étonnement en voyant l'air triste du mari et les larmes de la femme. Je devinai leur pensée et j'ajoutai: cependant, madame, si vous le désirez, je puis vous débarrasser de la tumeur intra-vaginale. Cette proposition, acceptée avec joie, me prouva que j'avais deviné juste.

L'opération fut pratiquée le 22 août avec l'aide des docteurs J. M. Andrade et Poncy. La malade étant chloroformée, je tentai d'introduire la chaine de l'écraseur, elle était trop courte; je voulus saisir un fragment de la tumeur, mais la chaine glissait sur elle. Après des tentatives inouïes pour placer la chaine ou un serre-nœud, je finis par placer un fil de fer autour du pédicule, au voisinage du col de l'utérus. Le fil de fer fut tordu au moyen du serre-nœud de Cintrat et laissé

en place. J'eus la conscience que le pédicule était volumineux, mais je n'avais aucune idée de ses dimensions.

Renonçant à saisir la tumeur et à l'enlever entièrement, je procédai à son morcellement. Au moyen d'érignes et de forts ciseaux, j'enlevai d'abord un gros fragment, complètement exsangue, à cause de la compression exercée par le fil de fer sur le pédicule. Les aides écartaient les parois du vagin.

Après avoir enlevé environ 400 grammes du tissu morbide, j'aperçus un point du fil de fer, je l'enlevai et pus constater que le pédicule mesurait six centimètres de diamètre.

Je pus me convaincre alors que la tumeur abdominale et la tumeur vaginale étaient continues.

Je m'arrêtai, craignant d'aller trop loin.

L'extraction du fil de fer fut suivie d'une hémorrhagie abondante. Je pratiquai le tamponnement en imbibant les premiers bourdonnets de perchlorure de fer pur. J'appliquai ensuite un linge phéniqué sur la vulve et la malade fut portée dans son lit.

Malgré le tamponnement, il s'est écoulé après l'opération une grande quantité de sang; je trouve le soir la malade très affaiblie. Le ventre n'est pas sensible, la peau est naturelle, le pouls est à 140. Vomissements.

Le 23 août. Faiblesse extrême; les vomissements sont encore très fréquents, je les attribue au chloroforme. Le ventre ne présente aucune sensibilité, la peau est normale, le pouls est toujours à 140.

Le 24 août. Je place la malade dans un bain tiède où elle est soutenue par son mari, j'extrais le tampon et je procède au lavage du vagin avec de l'eau phéniquée. Je renouvelle le lavage le soir. Il s'écoule un liquide infect. Le pouls est le même, la peau est un peu chaude. Les vomissements ont cessé, mais la malade ne s'alimente pas. Pas de sensibilité du ventre.

Le 25 août. Les liquides vaginaux sont infects, il sort du vagin de petits lambeaux de tissu de putrilage; ce sont les débris de tumeur que les ciseaux ont laissés adhérents à la tumeur intra-utérine. L'état d'affaissement de la malade est

extrême, le facies cadavérique, le pouls est à 140: la peau est un peu chaude; rien du côté du ventre.

Je crois devoir attribuer l'état général à la résorption des liquides de putréfaction et j'installe un appareil à irrigation continue avec de l'eau phéniquée à 25/1000 d'abord, à 15/1000 ensuite. L'appareil fonctionne sans cesse.

Le 26 août. Le pouls tombe à 120, la peau est naturelle, le ventre n'est pas douloureux. Même traitement. Alimentation par des bouillons et du lait.

Le 27 août. Constriction à la gorge, langue sèche, muqueuse buccale douloureuse, vomissements fréquents, urine noirâtre, même état du pouls et du ventre. J'attribue cet état à une intoxication par l'acide phénique. Je remplace l'eau phéniquée par l'eau pure.

Le 28 août. La malade rend par le vagin une masse grisâtre, infecte, large comme la paume de la main et du poids de 120 grammes. C'est toute la portion de tumeur fibreuse qui est restée au-dessous du fil constricteur. Le fil de fer a agi évidemment en détruisant les vaisseaux et la masse s'est détachée à la manière d'une eschare. La malade est beaucoup mieux. Tous les symptômes du côté des voies digestives ont disparu: le pouls est à 120, la peau et le ventre sont à l'état normal. Bouillons, lait, un peu de viande de poulet. Le facies de la malade est meilleur. L'irrigation continue devient intermittente; on place le tube en caoutchouc de quatre en quatre heures dans le vagin et l'irrigation est arrêtée dès que l'eau sort claire et sans odeur.

Le 29 et les jours suivants on fait quelques lavages. La malade se rétablit insensiblement. Aujourd'hui, 5 septembre, elle se lève, elle est en pleine convalescence.

J'ai eu plusieurs fois des nouvelles de la malade.

Aujourd'hui, 15 septembre 1882, elle est en parfaite santé et n'éprouve aucun symptôme qui l'incommode. La tumeur abdominale ne parait pas augmentée de volume.

Réflexions—Une tumeur fibreuse de l'utérus moitié abdominale, moitié vaginale est chose rare. L'extraction de la tu-

meur vaginale a évidemment influencé d'une manière formelle la marche de la portion abdominale.

Cette opération me paraît démontrer que dans des cas où par difficulté, par crainte d'hémorrhagie ou pour toute autre raison, le chirurgien ne croirait pas devoir faire l'amputation de la portion vaginale d'une tumeur fibreuse de l'utérus, on pourrait serrer fortement le pédicule au niveau du col et faire des irrigations continues en attendant que la partie située au-dessous du lien constricteur se détache et sorte par la vulve.

OBSERVATION II

Opération d'hystérotomie pour un corps fibreux de l'utérus.

La femme X . . . , de Rio de Janeiro, 40 ans, me consulte pour une tumeur abdominale qu'on pourrait prendre à la première inspection pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. Un examen plus attentif permet de porter le diagnostic de *corps fibreux de l'utérus.* Le ventre est gros comme au neuvième mois de la grossesse. La tumeur est mobile et ne communique aucun mouvement à l'utérus. Il y a une hernie ombilicale. Au-dessous de la tumeur principale, il existe une autre tumeur, située immédiatement au-dessus du pubis et se continuant avec l'utérus, auquel elle communique ses mouvements. Il y a peu de liquide abdominal. Le toucher vaginal permet de s'assurer de l'intégrité du col de l'utérus et du cul-de-sac de Douglas. Par le toucher rectal, on sent la partie postérieure de l'utérus. L'hystéromètre pénètre dans l'utérus à une profondeur de cinq centimètres; une sonde introduite dans la vessie remonte au-dessus du pubis.

La malade éprouve des douleurs atroces, elle réclame l'opération avec insistance.

Je réunis plusieurs confrères qui sont d'avis d'opérer.

L'opération a eu lieu le lundi 29 août, à la maison de santé de Santa-Thereza. La malade a été chloroformée et l'opération a duré trois heures.

L'incision de la paroi abdominale, faite sur la ligne médiane, mesurait 20 centimètres. Elle a été rendue longue et pénible par la présence de la hernie ombilicale qui était épiploïque, mais qui possédait un sac assez volumineux rempli d'un liquide visqueux, dont le diagnostic n'a pu être porté d'une manière précise que pendant le cours de l'opération.

A l'ouverture de la cavité abdominale, la main introduite a permis de constater de nombreuses adhérences. Celles-ci avaient lieu entre la surface de la tumeur et les vaisseaux de l'épiploon, mais à gauche il y avait une sorte de pédicule unissant la tumeur à la fosse iliaque et contenant de nombreux vaisseaux. Toutes les adhérences ont été séparées avec le doigt et une dizaine de ligatures en catgut fin ont été faites sur ces adhérences et perdues dans la cavité abdominale. Cette tumeur, de 2 kilogrammes et demi, mobile dans le ventre, était rattachée à la tumeur inférieure par un pédicule étroit, court et contenant de nombreux vaisseaux. La ligature en a été faite. La tumeur inférieure était située dans la paroi antérieure de l'utérus, elle était formée par un corps fibreux intra-pariétal et par plusieurs corps fibreux sous-péritonéaux variant du volume d'une noix à celui d'un œuf.

Les ovaires hypertrophiés étaient situés à la partie supérieure de la tumeur ainsi que les trompes de Fallope.

La vessie a été protégée au moyen de pinces hémostatiques; un fil de fer a été passé autour du pédicule de la tumeur, entre le col et le corps de l'utérus, puis serré au moyen du serre-nœud de Cintrat. Alors la tumeur a été sectionnée au moyen du couteau; elle pesait 1 kilogramme.

Ne voulant pas laisser un fil de fer dans le péritoine, quoique plusieurs chirurgiens ne redoutent pas sa présence, j'ai préféré lier le pédicule avec du catgut nº 6. A cet effet, je l'ai divisé en deux moitiés; chacune des moitiés a été liée séparément, puis un fil a été passé sur la totalité du pédicule. Le fil de fer a été enlevé ensuite.

J'ai procédé à la toilette du péritoine, j'ai fait un certain nombre de ligatures, j'ai étanché le sang, j'ai cautérisé la

surface sectionnée du pédicule et j'ai réduit celui-ci dans la cavité abdominale.

J'ai fait ensuite la suture profonde et superficielle de la paroi abdominale. Le pansement antiseptique de Lister a été employé dans toute sa rigueur.

Le soir, rien de particulier. Vomissements chloroformiques. T. 37°. P. 96.

Le 30. Les vomissements continuent, la malade ne conserve aucun liquide. T. 37.5. P. 108.

Le 31. Les vomissements se calment. T. 38. P. 112; le soir les vomissements sont très fréquents, ils n'ont pas de couleur verdâtre, ils sont muqueux et plus tard noirâtres, sans odeur. Aucune douleur, aucun ballonnement du ventre. La malade a uriné depuis le moment de l'opération, T. 38.5. P. 120.

Le 1er septembre. Mort à 6 heures du matin, sans ballonnement du ventre. La plaie commençait à se réunir.

Réflexions—La mort est-elle due au traitement intra-péritonéal du pédicule de la tumeur? Les fils du pédicule étaient gros et au nombre de trois; il y avait plusieurs ligatures perdues dans l'abdomen. Cependant la malade n'a présenté ni les symptômes de la péritonite, ni ceux de la septicémie. Je l'ai trouvée morte le matin après une journée relativement bonne. Il y a là évidemment une inconnue qui échappe à l'interprétation, Y a-t-il eu embolie, syncope?

Ce cas et les suivants me portent à préférer le traitement du pédicule par la méthode extra-péritonéale ou bien avec le secours du drainage jusqu'à élimination des gros fils dans le cas de pédicule intra-péritonéal.

OBSERVATION III

Tumeur fibro-kystique de l'ovaire.—Ovariotomie.—Guérison.

R. do L. . . Lisboa, 42 ans, Morro do Valongo 5, à Rio de Janeiro. Le début de la tumeur remonte à 14 ans. Cette femme n'a jamais eu d'enfant; il y a plusieurs années que

les règles sont supprimées. Pas de diathèse; santé générale bonne.

Le ventre de la malade est un peu plus gros que celui d'une femme au neuvième mois de la grossesse. On sent une tumeur très dure à droite, assez régulière et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A gauche et en haut on sent une petite tumeur dure, un peu mobile, séparée de la paroi abdominale par une couche liquide assez mince. A gauche et en bas, il y a une poche liquide.

Le col est tellement haut qu'on ne peut l'atteindre avec le doigt, cependant on finit par en toucher le sommet avec peine; il est situé très haut en arrière de la vessie. La paroi postérieure du vagin fait une hernie considérable à la vulve; on éprouve de la peine à la faire disparaître en la comprimant avec le doigt. Par le toucher rectal on n'atteint pas l'utérus.

Il y a de la constipation, la vessie fonctionne régulièrement.

Le diagnostic n'était pas aisé. Etait-ce un fibrome utérin ou une tumeur fibro-kystique de l'ovaire? Dans le doute j'ai soumis la malade pendant quatre semaines aux courants continus avec intermittence, selon la méthode du Dr Chéron et je n'en ai rien obtenu. Il semble au contraire que la tumeur ait augmenté de volume. Le ventre s'est accru, la respiration est devenue difficile, les jambes se sont infiltrées, finalement la malade a réclamé avec instance l'opération.

Le 10 octobre 1881 au matin, la malade est entrée dans la maison de santé de Santa-Tereza et le lendemain 11, j'ai pratiqué l'opération avec l'aide des Drs Alfredo Guimaraes, Cunha Pinto, Poncy et des étudiants en médecine.

J'ai incisé la paroi abdominale sur la ligne médiane dans une étendue de 22 centimètres; l'incision commençait en haut à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic qu'elle contournait à gauche pour se terminer à 6 centimètres au-dessus du pubis.

En incisant le péritoine, j'ai donné issue à cinq litres environ d'un liquide ascitique très transparent.

J'ai aperçu ensuite une tumeur fibreuse énorme qu'il m'a

été impossible de faire sortir par la plaie. En contournant cette tumeur avec la main, j'ai constaté la présence de nombreux kystes attenant à la tumeur et de dimensions différentes; j'ai vidé les uns, extrait les autres. A gauche, j'en ai trouvé un volumineux, à parois épaisses, dont j'ai extrait plus de trois litres de liquide séreux. Je me suis assuré plus tard que ce kyste se continuait dans le bassin entre le vagin et le rectum. Tous ces kystes vidés ou extraits, j'ai pu amener la tumeur fibreuse hors de la cavité abdominale, elle avait le volume d'une tête d'adulte. Il y avait deux adhérences épiploïques seulement; je les ai coupées entre deux ligatures au catgut fin.

J'ai pu alors plonger la main dans la cavité du kyste et constater qu'il se prolongeait dans la cavité pelvienne. J'ai attiré la poche à l'extérieur et j'ai pu constater qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse avec kystes de l'ovaire droit. La tumeur contractait des adhérences dans le bassin, au voisinage de son pédicule, circonstance qui m'a empêché de faire immédiatement la ligature de celui-ci. J'ai saisi la partie inférieure de la tumeur avec une anse de fil de fer solide que j'ai serrée avec le serre-nœud de Cintrat, puis j'ai enlevé avec un couteau la masse principale de la tumeur au-dessus de l'anse métallique. Ensuite, pouvant manœuvrer avec plus d'aisance, j'ai détruit les adhérences, puis j'ai lié le pédicule en deux parties avec de gros catgut. J'ai passé une nouvelle anse de catgut au-dessous des précédentes et j'ai fait une ligature unique. J'ai tordu le pédicule jusqu'à la ligature, je n'ai fait aucune cautérisation, j'ai coupé les fils au ras du nœud et j'ai abandonné les ligatures dans le ventre, après avoir fait la toilette du péritoine. L'utérus était le siège d'une tumeur fibreuse de la grosseur d'un œuf, inséré sur la paroi postérieure. Je l'ai laissé, ne jugeant pas à propos de faire une hystérotomie pour une si petite tumeur.

Il s'est écoulé beacoup de sang dans le petit bassin, je l'ai étanché avec des éponges. Le péritoine rouge et injecté, était déjá enflammé. Le liquide de plusieurs kystes était tombé dans la cavité abdominale qui contenait déjà du liquide asci-

tique. Toutes ces raisons m'ont déterminé à pratiquer le drainage.

J'ai fait une seule espèce de suture, avec le catgut moyen seulement. J'ai fait une suture à points séparés; il y avait dix-huit fils. J'ai eu soin de bien affronter les lèvres de la plaie, j'ai pris le péritoine à 4 millimètres environ de sa division et les fils sortaient du côté de la peau à 2 centimètres de la plaie.

Le drainage a été fait avec un tube en verre dont une extrémité plongeait dans la poche recto-vaginale et dont l'autre s'ouvrait sur l'abdomen, entre deux points de suture, un peu au-dessus de l'ombilic.

Les fils ont été serrés. J'ai appliqué ensuite le pansement de Lister, protective, gaze et makintosh, le tout percé d'un trou pour laisser passer le tube à drainage. J'ai fermé hermétiquement le pourtour de ce tube avec quatre lames de caoutchouc fendu et s'appliquant exactement sur la paroi du tube. J'ai placé une éponge imbibée d'eau phéniquée sur l'ouverture du tube, puis une large toile imperméable, enfin des tampons de coton et une flanelle. Le tout à été maintenu par huit bandes de flanelle attachées sur le côté droit avec des épingles. La malade a été ensuite portée sur son lit.

L'opération a été terminée à onze heures, elle avait duré deux heures. La malade était chloroformée, le ventre était enveloppé par le spray.

Le 11, à quatre heures du soir, je lève le premier pansement. Je plonge un petit tube en caoutchouc dans le tube en verre et j'aspire avec une seringue 80 grammes de sang presque pur. La malade a eu quelques vomissements. T. 38°,5 ; P. 120.

Le, 12 à sept heures et demie du matin. Pansement. J'extrais environ 4 grammes de sang beaucoup moins coloré, sérum sanguinolent, on a donné du bouillon et du thé à la malade, elle n'en a pas conservé une goutte, elle vomit fréquemment un liquide jaune verdâtre bilieux. Depuis l'opération elle est dans un état de grande prostration, elle vomit sans cesse. Le facies est très pâle, le nez effilé, les yeux enfoncés dans l'or-

bite. Cependant la température n'est pas très élevée et le pouls n'est pas très fréquent T. 38°,8 ; P. 120.

Le 12 au soir. Je retire par aspiration 4 grammes de sérum sanguinolent. L'état général est le même. L'estomac ne conserve rien. Je suis plein d'inquiétude malgré le pouls et la température. T. 37°,5 ; P. 120. Je crains que la malade ne s'affaiblisse et je lui administre un lavement composé de : 200 grammes de bouillon de poulet, 2 grammes extrait de quinquina et 20 grammes de vin de Porto.

Le 13. Deux pansements. Même état de prostration, les vomissements sont très fréquents malgré les morceaux de glace ingérés. T. 38°, 4; P. 110. Je renouvelle le lavement au bouillon, vin, et quinquina matin et soir. J'extrais du tube de verre 2 ou 3 grammes de sérum sanguinolent assez fétide.

Le 14. Les vomissements ont continué, ils exhalent une mauvaise odeur, ils ont une couleur brun foncé. En même temps le ventre se ballonne. Comme j'ai eu soin à la fin de l'opération de placer l'épiploon entre l'intestin et le pédicule, je me demande si je n'ai pas tordu quelque anse intestinale et si je n'ai pas sous les yeux les symptômes d'un volvulus à marche lente. Je continue les lavements que la malade peut conserver définitivement, ce que je considère comme fort heureux. T. 37°,5 ; P. 100. 12 paquets de calomel de 0,01 cent. à prendre de demi-heure en demi-heure.

Le 15 au matin. Le facies est cadavérique, les vomissements se produisent à chaque instant, ils ont une odeur presque repoussante, le ventre est ballonné. T. 38°, P. 110. Lavement au bouillon, vin et quinquina. Deux grammes de liquide sanguinolent fétide sont extraits du tube.

Le 15 au soir, Même état; le ventre est tellement tympanisé que j'ai des craintes pour ma suture. La tuméfaction est presque nulle au-dessous de l'ombilic, elle est énorme au-dessus. Je percute cette tuméfaction énorme elle résonne comme un tambour, je suppose que c'est l'estomac et j'introduis par l'une des narines une sonde œsophagienne jusqu'à l'estomac. J'avais eu une bonne idée. Aussitôt que la sonde a pénétré dans l'estomac, les parois de cet organe sont revenues subitement sur

elles-mêmes en projetant au dehors un jet de gaz et de liquide. La paroi abdominale s'est affaissée immédiatement et la malade a pris du bouillon qu'elle a conservé. T. 38. P. 110. J'ai administré encore un lavement. La malade n'a pas vomi entre quatre heures et minuit. Depuis minuit jusqu'au pansement suivant, les vomissements ont reparu avec les mêmes symptômes que les jours précédents. Injection hypodermique d'un demi-centigramme de morphine.

Le 19 au matin. Tympanisme sus-ombilical. Sonde œsophagienne. Soulagement. Moins d'abattement. Lavement. Je retire complètement le tube à drainage. La malade prend du chocolat et le conserve. T. 38. P. 108.

Le 19 au soir. Le tympanisme ne s'est plus montré. Il n'y a pas eu de vomissement. La malade paraît en bon état quoique le pouls soit monté à 120, ce que j'attribue à l'absorption des matières qui ne peuvent plus sortir par le tube en verre. T. 38,5. Je donne encore le lavement tonique et nutritif. Injection d'un demi-centig. de morphine.

Le 17. Pas de tympanisme, pas de vomissement. Lavement tonique et nutritif. Pansement. Tout est cicatrisé T. 38. P. 120.

Le 17 au soir. Même état, tympanisme estomacal. Sonde œsophagienne, bon effet immédiat. T. 38. P. 124. Lavement.

Le 18. La malade est toujours alimentée par le rectum, elle prend quelques soupes, un peu de poisson frais. Pas de tympanisme. Etat général très bon T. 37. P. 130, ce que je ne m'explique pas. Le ventre n'est pas douloureux.

Le 19. La malade est un peu nourrie de bouillon. Elle a du muguet sur la langue, les lèvres et les gencives, La lèvre est noire et couverte d'une croûte produite par le contact des liquides acides vomis. La partie droite du menton est recouverte d'érythème. Miel rosat boraté. Lavage de la bouche à l'eau boratée. T. 38. P. 120. Les trois quarts des fils sont enlevés. Lavement nutritif.

Le 20. P. 126. T. 38,2. Le ventre n'est pas douloureux. Plus de lavement nutritif. Alimentation par des bouillons, sou-

pes, œufs et lait. Les derniers fils sont enlevés. Le muguet disparaît.

Le 21. P. 130. T. 38,5. La malade est affaissée, elle est somnolente. Je cherche la raison de l'augmentation du pouls, je ne la trouve pas; cependant je soupçonne quelque suppuration profonde. La plaie est réunie dans toute son étendue.

Le 22 au matin. P. 130. T. 38,6. La malade exhale une odeur fétide. Le pansement est un peu mouillé. Je trouve enfin la raison de cette fièvre qui m'inquiétait depuis quelques jours. Du pus fétide s'écoule par l'avant dernier point de suture au-dessus du pubis. La malade se nourrit peu. Les lavements toni-nutritifs sont continués.

Le 22 au soir. P. 126. T. 39. Le pansement est complètement imbibé de pus infect. Je fais sortir plus de 100 grammes de pus par la même ouverture. Je retire aussi des fragments de catgut fétides. Continuation du pansement antiseptique et des lavements toni-nutritifs.

Le 23. T. 38. P. 120. J'extrais une certaine quantité de pus avec des fils de catgut. Bouillon, lavement toni-nutritif.

Le 24. Prostration. T. 39. P. 130. Le pus sort par les deux ouvertures du même point de suture. Douleurs abdominales. J'ai essayé en vain de faire pénétrer dans la collection purulente un tube à drainage. Le stylet y pénètre. J'incise transversalement dans une étendue de 5 centimètres réunissant les deux orifices d'un point de suture, j'enfonce la sonde cannelée au fond de la plaie il sort un flot de pus.

Le 25. P. 120. T. 38. Il est sorti beaucoup de pus, la malade est mieux. Elle se nourrit un peu mieux. Je lui permets le décubitus latéral. Un peu de diarrhée que je combats par les moyens appropriés.

Du 25 au 30. La malade ne s'est pas encore levée. Le pus s'écoule en moins grande quantité. Le pouls a oscillé entre 108 et 130. La température a varié de 37 à 38°. L'appétit commence à revenir.

1er Novembre. La malade s'asseoit sur son lit. Elle mange des aliments solides. T. 37°. P. 104. Il y a un peu d'induration

au niveau de l'ombilic. Il sort un peu de pus par deux points de suture.

Le 2. La malade mange bien. L'abcès de l'hypogastre ne fournit plus de matière purulente. T. 37. P. 104.

Les 3, 4, 5. La malade s'est levée le 3, elle se lève aussi les jours suivants. Le pouls est encore fréquent. Il s'écoule encore un peu de pus sans odeur.

Les 6, 7, 8. La malade se prépare à sortir, elle se nourrit, mais encore hier elle avait 120 pulsations.

Elle sort le 9.

15 septembre 1882. Elle est en parfaite santé.

Réflexions—Cette observation me paraît contenir quelques points qui méritent l'attention. 1° Devais-je pratiquer l'hystérotomie ou était-il préférable de laisser adhérente à l'utérus une tumeur fibreuse du volume d'un œuf? L'hystérotomie étant beaucoup plus grave que l'ovariotomie, la malade étant dans des conditions de santé fort mauvaises, j'ai préféré faire l'ovariotomie. Peut être que le corps fibreux ne fera pas de grands progrès. S'il atteint un grand volume, on pourra plus tard en pratiquer l'extraction.

2° Le tympanisme stomacal a été rarement signalé. Des médecins en ont même nié l'existence. Cette observation ne permet pas d'en douter; il est probable qu'il se montre quelquefois et dans un cas analogue on est autorisé à pratiquer le cathétérisme de l'estomac.

3° Le drainage ne doit-il pas être continué jusqu'à la chute des fils de catgut lorsque ceux-ci ne se résorbent pas? Si on cesse le drainage, ne s'établit-il pas une inflammation localisée, une suppuration, un abcès du petit bassin qui peut donner lieu à des accidents graves si l'on ne parvient pas à extraire le pus? n'est-ce pas ce qui s'est produit dans ce cas?

OBSERVATION IV

Tumeur fibreuse de l'utérus prise pour un kyste pileux de l'ovaire chez une fille vierge.—Hystérotomie.

En septembre 1880, à mon premier voyage à Rio de Janeiro, je fus consulté par Mlle D..., âgée de 32 ans, pour une tumeur abdominale du volume d'une petite tête d'adulte. Mlle D. portait une fistule au niveau de la tumeur, fistule dans laquelle elle mettait une sonde en caoutchouc. Par cette sonde il s'échappait de temps en temps, au dire de la malade, un peu de matière purulente et quelques poils.

Il y a huit ans, l'un des chirurgiens les plus renommés de Rio de Janeiro, le Dr Pertence, diagnostiqua un kyste de l'ovaire et fit une ponction en présence de deux de ses confrères. Le résultat confirma le diagnostic, car à la suite de cette ponction, il sortit plus d'un litre de liquide avec une prodigieuse quantité de poils, au dire du chirurgien, qui me le répéta plusieurs fois. Quelques jours après, les mêmes médecins procédèrent à l'opération. La paroi abdominale fut incisée et le kyste pileux ouvert. Le chirurgien plaça un tube de caoutchouc dans l'ouverture du kyste et pendant plus de huit ans, Mlle D. porta ce tube dans l'orifice fistuleux.

Cinq ans après, deux autres chirurgiens furent consultés; MM. Werneck et Pereira Guimaraês déclarèrent que des transformations s'opéraient dans la tumeur. J'insiste spécialement sur ces renseignements qui devaient nécessairement influer sur le diagnostic. Le père de la jeune fille, le général D. les a lui-même publiés dans un article écrit le 24 février 1882 au *Journal do Commercio* (1).

La malade souffrait beaucoup de la présence de cette tumeur, elle était très maigre et sa vie paraissait sérieusement

---

(1) «Ma fille, après avoir été vue par quelques médecins et chirurgiens distingués, a été confiée aux soins du conseiller Pertence.

Après des examens consciencieux, ce médecin a reconnu l'existence d'un kyste.

Voulant, toutefois, procéder avec prudence et certitude,

menacée. Mlle D. me demanda si je pensais qu'une opération pourrait lui rendre la santé; je lui dis que la chose me paraissait possible. J'étais à la veille de mon départ pour la France, je prescrivis à la malade un traitement tonique en lui promettant de la revoir à mon retour et de procéder à l'opération, si celle-ci était praticable.

Je revins à Rio en mai 1881. Au bout de quatre mois, je rencontrai par hasard la malade; elle me fit faire la connaissance de son père, qui n'avait pas assisté à mon premier examen parce que j'avais vu la malade chez une de ses amies. Nous eûmes plusieurs entrevues, elle vint dans mon cabinet de consultation avec son père, réclamant toujours l'opération. Je lui fis plusieurs visites, l'examinant attentivement, enfin nous fixâmes l'opération pour le commencement de décembre 1881,

Mlle D. était très maigre, mais les fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Il n'existait aucun écoulement vaginal, la menstruation, au dire de la malade, était régulière et jamais il n'avait existé de métrorrhagie.

Des douleurs assez violentes existaient dans la région du bas-ventre et souvent la malade gardait le lit ou la chambre, abattue qu'elle était par ses souffrances.

---

il fit, avec l'aide des docteurs Pedro Alfonso et Vinelli, une ponction exploratrice.

Le résultat de cette ponction a confirmé pleinement le diagnostic du conseiller Pertence.

Plus d'un litre de liquide séreux, mélangé d'une quantité prodigieuse de poils, a été extrait.

Le conseiller Pertence a établi dans l'ouverture un tube à drainage qui a fonctionné sans inconvénient pendant plus de cinq ans, en donnant constamment issue à des liquides et à des poils.

Il y a trois ans cependant, des phénomènes qui paraissaient étrangers à son mal, se développèrent chez ma fille, et les éminents professeurs, docteurs Werneck et Pereira Guimaraês, réunis en conférence, déclarèrent qu'un grand changement s'opérait dans la tumeur de ma fille.

MANOEL PEDRO D.

Rio. 24 février 1882.

Dans la région hypogastrique et un peu dans la fosse iliaque gauche, on sentait une tumeur plus ou moins arrondie, sensible à la pression, dure et peu mobile.

Un orifice fistuleux existait à égale distance du pubis et de l'ombilic, à deux centimètres à gauche de la ligne médiane. Par cet orifice la malade introduisait une sonde molle en caoutchouc vulcanisé à une profondeur de six ou sept centimètres.

Mlle D. était vierge, elle a toujours refusé de laisser faire le moindre examen du côté de la cavité vaginale.

Au toucher rectal, on sentait un corps dur, arrondi, qui pouvait être pris pour l'utérus refoulé dans le rectum par la tumeur.

Diagnostic—En présence de l'affirmation si précise de la mala .e et de plusieurs médecins, relativement aux poils extraits de sa tumeur, en présence des symptômes locaux physiques qui n'excluaient en aucune façon l'existence d'un kyste pileux, vu l'absence de métrorrhagie, j'avoue qu'il ne m'est pas venu à l'esprit de douter de l'existence d'un kyste pileux.

Si j'avais connu l'esprit brésilien comme je l'ai connu plus tard, je ne me serais pas laissé tromper. Mais qui aurait pu soupçonner que le médecin opérateur, voyant son erreur de diagnostic oublia son devoir jusqu'à tromper la malade, son père et les médecins qui la traitèrent après lui. Il n'y a pas d'autre explication possible, car la malade avait un myôme utérin, comme on va le voir; or il ne viendra à l'esprit d'aucun médecin sérieux qu'un kyste pileux de l'ovaire puisse se transformer en myôme de l'utérus.

Opération—Le 8 décembre, je pratique l'opération avec l'aide de mes confrères, le baron du Cattete, Drs Samico, Poncy, Costa et Rocha, avec l'appareil listérien au grand complet.

La malade étant chloroformée, je fais une incision sur la ligne médiane, avec les précautions ordinaires et j'arrive sur la tumeur. Notre étonnement est à son comble lorsque nous

constatons qu'il n'existe aucune adhérence entre la paroi abdominale et la tumeur. Une sonde cannelée introduite dans le trajet fistuleux nous démontre que la sonde de caoutchouc, que la malade changeait chaque jour, *pénètre dans l'épaisseur de la paroi abdominale et n'arrive pas au péritoine.*

C'était renversant! Comment! un kyste avait été ouvert par le Dr Pertence, une sonde y avait été mise à demeure, et la sonde était située dans un canal artificiel de la paroi abdominale et il n'y avait aucune adhérence entre la paroi et le kyste!

J'avais présent à l'esprit, ainsi que les assistants qui connaissaient presque tous la malade, les poils qu'on disait avoir été extraits par le Dr Pertence. Nous avons pensé que le kyste pileux, primitivement adhérent à la paroi abdominale, par suite de cette ponction qui avait donné issue à des poils, avait fini par se séparer de cette paroi. Pouvions nous croire à une fourberie.

La tumeur était peu mobile et sa surface, lisse et arrondie, ne présentait pas la moindre bosselure, la moindre irrégularité. Ni moi, ni aucun des assistants, n'avons cru être en présence d'un fibrome: nous avions toujours présents à l'esprit ces poils abondants sortis du kyste pileux.

Mais lorsque j'ai voulu perforer ce kyste pour le vider, j'ai constaté que j'étais en présence d'une tumeur pleine. La ponction que j'y avais pratiquée laissait écouler un sang noirâtre. C'est alors que j'ai connu la fourberie.

Que fallait-il faire? Laisser l'opération inachevée ou chercher à extraire ce corps fibreux? Nous avons résolu de continuer l'opération. La tumeur avait malheureusement contracté des adhérences avec la paroi du bassin et avec le rectum. La séparation fut un peu laborieuse et exigea un certain temps. La base d'implantation de la tumeur était très large, elle remplissait le bassin au point d'empêcher toute manœuvre au-dessous et il était absolument impossible de passer un fil.

Je plaçai alors la chaîne de l'écraseur linéaire aussi bas que possible et finis par enlever la tumeur et le corps de

l'utérus. Je m'empressai de passer un gros fil de catgut autour du pédicule, en soulevant celui-ci au moyen d'une pince de Museux. A ce moment il se déclara une hémorrhagie artérielle qu'on peut évaluer à 250 grammes environ. Cependant l'hémorrhagie fut arrêtée, le pédicule bien lié.

La suture de la paroi abdominale fut pratiquée et un tube à drainage en verre fut laissé dans l'abdomen.

L'opération avait duré depuis 8 heures ½ jusqu'à 11 heures ¾ (3 heures ½) Aussitôt après le pouls était à 150. La malade fut portée dans son lit. Les extrémités se refroidirent légèrement.

Le soir à 3 heures, je fis le premier pansement et je retirai environ 80 grammes de liquide sanguinolent par aspiration au moyen d'une seringue munie d'un tube en caoutchouc. Le pouls était à 150, la malade avait de l'anxiété, les extrémités étaient toujours un peu froides.

Le lendemain matin, deuxième pansement, 50 grammes de liquide sanguinolent sont retirés. P. 150. Anxiété, agitation. La malade meurt à deux heures, 26 heures après l'opération, du choc traumatique.

Réflexions. — Dans le cas actuel, l'examen par le vagin m'aurait mis sur la voie du diagnostic, mais la virginité de Mlle D.... dont j'ai constaté les attributs pendant l'opération était un obstacle. Je me demande si, dans un cas analogue, le chirurgien ne serait pas autorisé à surmonter cet obstacle.

Il y a eu erreur évidente de diagnostic, l'opération l'a prouvé, mais dans le cas actuel, vu les difficultés de l'examen par le vagin, l'absence de troubles utérins manifestes et *l'affirmation des chirurgiens qui avaient retiré des poils,* je me demande s'il était véritablement possible d'éviter cette erreur.

Au Brésil, les questions médicales ont le privilège de passionner le public; aussi des intéressés ont-ils eu soin de publier de longs articles médicaux que le père de l'opéré à signés sans les comprendre.

Que penser de la prétendue ponction donnant issue à des poils provenant d'un kyste pileux de l'ovaire ? La ponction était interstitielle, comme je l'ai dit dans le compte rendu de l'opération, elle n'avait pas atteint le péritoine. Il n'a jamais existé de kyste pileux de l'ovaire, puisque les deux ovaires extraits avec l'utérus sont intacts. On pourra se demander avec étonnement d'où pouvait sortir le liquide extrait il y a plusieurs mois, ainsi que l'immense quantité de poils : quant à moi, je me sens impuissant à expliquer de tels phénomènes.

Ce que je sais, c'est que dans des pays plus civilisés que le Brésil, le médecin qui a diagnostiqué le kyste pileux aurait été traduit à la barre des tribunaux.

Des médecins qui passent pour instruits dans ce pays, ont affirmé que le kyste pileux s'est transformé en kyste fibreux. Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser des prétendues transformations d'éléments bènins autrefois appelés homéophormes en éléments hétéromorphes; jamais la transformation d'un kyste pileux en tumeur fibreuse ne s'est présenté à l'esprit d'un chirurgien. Mais ce qui est une véritable monstruosité scientifique, c'est de dire qu'un *kyste pileux de l'ovaire* s'est transformé en *tumeur fibreuse de l'utérus*. Comment la présence de la fistule et de la sonde en permanence n'a-t-elle pas embarrassé ceux qui admettaient une transformation ?

OBSERVATION V.

Tumeur fibreuse de l'utérus. — Hystérotomie. — Guérison.

La maladie a commencé en février 1876, époque à laquelle la malade sentit une tumeur de la grosseur d'un œuf. L'année suivante, Mme W., aujourd'hui âgée de 49 ans et habitant Rio de Janeiro, alla en Europe où elle consulta plusieurs chirurgiens, notamment en Autriche et en France. On lui conseilla de ne pas se faire opérer; elle revint au Brésil.

Le ventre augmentait de volume et la malade était de

temps en temps atteinte d'hémorrhagies fort sérieuses, qui la forçaient à garder le lit pendant des mois entiers.

A la fin de 1878, la malade fit un second voyage en France. Elle consulta deux chirurgiens éminents de Paris, qui lui conseillèrent de ne pas se faire opérer. De retour au Brésil, elle vit son ventre s'accroître, les hémorrhagies se succéder et l'anémie faire des progrès considérables. Les chirurgiens de Rio consultés tour à tour par la malade étaient opposés à l'opération.

En Juillet 1881, je fus consulté également. J'essayai en vain d'obtenir le retrait de la tumeur par la méthode Chéron (courants continus avec intermittences); enfin, en novembre, après plusieurs examens, je déclarai à la malade que l'hystérotomie était le seul moyen qu'on put opposer à son mal.

Le ventre était considérable, une tumeur bosselée, dure et assez mobile, remplissait l'abdomen jusqu'à trois centimètres de l'appendice xiphoïde. Il n'y avait pas de liquide ascitique et la tumeur ne paraissait pas adhérente. Le col de l'utérus était normal. Le doigt introduit dans le rectum sentait le commencement de la tumeur immédiatement au-dessus du col.

La vessie fonctionnait régulièrement, il y avait de la constipation. Les métrorrhagies très fréquentes avaient affaibli la malade. qui était devenue anémique au point que le bruit de souffle du cœur pouvait être pris pour une lésion cardiaque. Les jambes étaient infiltrées.

Au moment où je me préparais à faire l'opération, une nouvelle hémorrhagie très abondante affaiblit considérablement la malade. La chaleur menaçant d'être très intense à Rio de Janeiro, je l'envoyai au milieu des montagnes, à Pétropolis où j'espérais qu'elle prendrait un peu de forces avant l'opération.

Opération—Je pratiquai l'opération de l'hystérotomie le 20 mars 1881 à 8 heures du matin, avec l'aide des Drs Brito, médecin de l'hôpital de Pétropolis, du Dr Baron du Cattete, des Drs Costa et Rocha et de quelques autres aides MM. Georges Kuhne, Henri et Marc Leschaud.

La paroi abdominale fut incisée depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à 5 centimètres au-dessus du pubis.

La tumeur fut extraite de l'abdomen avec les plus grandes difficultés, après la destruction de deux adhérences épiploïques. Elle était si large à sa base, qu'il était matériellement impossible d'aborder son point d'implantation. Elle était intra-utérine et les deux ovaires flottaient de chaque côté de la paroi supérieure. Il était presque impossible de maintenir les intestins.

La malade cloroformée respirait difficilement, elle était d'une pâleur mortelle, je voulais à tout prix éviter une effusion de sang. Je passai des broches en croix dans la tumeur, à quelque distance de son pédicule et je passai une ligature fortement serrée au moyen d'une grosse corde. La tumeur était tellement dure, que cette constriction ne suffit pas pour interrompre la circulation. Je glissai alors au-dessous, en protégeant de mon mieux l'intestin, un autre cordon fort, de 3 millimètres de diamètre, et j'appliquai par-dessus un gros fil de laiton que je serrai avec le serre-nœud Kœberlé. Le laiton cassa. Je passai ensuite un fil de cuivre très fort, que je serrai avec un autre serre-nœud de Kœberlé. Enfin, la circulation fut interrompue dans l'utérus et dans la tumeur, et je pus faire la section de l'utérus immédiatement au-dessus du col.

La tumeur, comprenant le corps fibreux, l'utérus, les trompes et les ovaires, pesait plus de 5 kilogrammes. La malade n'avait certainement pas perdu un verre de sang.

Je passai un double fil de catgut au-dessous des ligatures, et je liai le pédicule en quatre parties (celui-ci, une fois serré, avait environ trois centimètres de diamètre). J'aurais désiré ôter les fils métalliques, mais ma malade était extrêmement faible, et je redoutais pour elle la moindre hémorrhagie. Je préférai laisser en place les fils et les serre-nœuds, espérant pouvoir les enlever plus tard. Je fixai les fils à une broche placée en travers sur le ventre.

La paroi abdominale fut suturée après avoir fait la toilette du péritoine. Je laissai la plaie béante à la partie inférieure,

et je plaçai un tube à drainage en verre dans le cul-de-sac de Douglas.

Le 20 au soir.—J'enlève le tube, les liquides s'écoulant librement par la plaie. T. 37,5. P. 84. L'opération avait été faite avec toute la rigueur que comporte la méthode de Lister. Le pansement était fait deux fois par jour.

Le 21—Tympanisme, vomissements, efforts considérables, je crains pour les sutures qui résistent. P. 84. T. 37,5. Deux injections d'un centigramme de morphine.

Le 22— Les vomissements sont calmés. P. 90. T. 37,8. Nouvelle injection de morphine. Je donne moi-même à la malade deux lavements nutritifs tous les jours, composés avec 200 grammes de bouillon de poule, 2 grammes de quinquina, et 20 grammes de vin de Porto. Après l'opération, j'avais placé dans la vessie un mince tube de caoutchouc qui conduisait l'urine dans une bouteille contenant de l'eau phéniquée.

Le 23— P. 84, T. 37,5. Deux lavements, coliques.

Le 24— P. 90, T. 37,5. Fortes coliques, injection de morphine. Depuis la veille, la malade prend du bouillon, mais en petite quantité.

Le 25— Somnolence, douleurs sourdes dans le bas-ventre. Injection de morphine. Deux lavements. P. 84. T. 37,5.

Le 26— La malade a bien dormi, elle mange la moitié d'une côtelette et un potage. P. 84. T. 37,5. Les lavements sont supprimés. J'ôte les points de suture.

Le 27— Même état. P. 84. T. 37,5. Quelques douleurs. Injection de morphine.

Le 28— Inquiet de l'avenir du pédicule entouré par les fils laissés en place, j'essaye des tractions, mais en vain. Je fais des tractions continues avec un tube de caoutchouc. P. 96. T. 37,8.

Le 29— Un fil de catgut est tombé. Sommeil un peu agité. Injection de morphine. P. 96. T. 37,5.

Le 30— Pas d'appétit, malaise, fatigue. Je cesse les tractions sur le pédicule. La suppuration est abondante et fétide. P. 96. T.37. Deux lavements nutritifs.

Le 31— La malade se sent mieux, elle s'alimente un peu. P. 96. T. 37.

Le 1er janvier 1882—Amélioration sensible. P. 84. T. 37.

Du 2 au 8—Même état du pouls et de la température.

Le 9—Après une traction continue de 12 heures par un tube en caoutchouc, je retire de la plaie un serre-nœud, le fil de cuivre et la corde. La partie du pédicule, située au-dessus de la ligature, sort mortifiée, elle sort par fragments, avec une odeur très fétide. P. 84. T. 37.

Le 10—Par le même procédé, j'ôte le second serre-nœud et le fil de laiton.

Le 11—La plaie tend à se fermer; je ne fais plus qu'un pansement par jour. J'enlève le drain de caoutchouc que j'introduisais dans la plaie depuis quelques jours.

Le 12—La malade est placée sur un canapé pendant quelques heures.

Les jours suivants, elle se lève et marche. Elle s'alimente et recouvre les forces; la plaie marche rapidement vers la guérison.

En septembre 1882, neuf mois après l'opération, la malade est en parfaite santé; elle a engraissé, elle a rajeuni. Elle a contracté un rhumatisme qui détermine d'assez vives douleurs aux articulations des mains et des pieds.

Réflexions—Cette observation me paraît remarquable à plusieurs points de vue: séjour des instruments et des fils dans l'abdomen, tolérance du péritoine, moyen d'extraction de ces objets, manière de vider la vessie. De plus, je crois d'après ce fait, qu'on peut songer à instituer, pour des cas spéciaux, un autre mode de traitement du pédicule qui ne serait ni intra-péritonéal, ni extra-péritonéal et auquel je proposerai le nom de *traitement mixte.*

En parcourant les observations connues d'hystérotomie, on ne trouve pas d'exemple d'instruments chirurgicaux ayant séjourné pendant 20 jours dans la cavité abdominale, fixés au pédicule. En lisant l'observation précédente, on est frappé de cette parfaite tolérance du péritoine, cette séreuse si inflam-

mable, qui tolère sans protester ces divers corps étrangers, fils de catgut, corde, fils métalliques de nature diverse, deux serre-nœuds.

Malgré la présence de ces corps étrangers, malgré les tractions exercées sur le péritoine pendant l'opération, malgré la longueur considérable de l'incision de la paroi abdominale, la malade n'a jamais présenté le moindre mouvement fébrile. Le pouls a toujours oscillé entre 84 et 96; la température n'a jamais atteint 38°.

Lorsqu'il s'est agi de retirer les instruments, mon embarras a été grand. Les serre-nœuds avaient disparu au fond du bassin, l'ouverture s'était beaucoup rétrécie et je n'avais prise que sur l'un des bouts du fil de cuivre, que j'avais recourbé en forme de crochet et auquel j'avais fixé un lien. Il sortait par la plaie des débris du pédicule fétides. Il était évidemment temps au bout d'une vingtaine de jours de retirer tous ces corps étrangers.

J'exerce des tractions sur le fil de fer avec des pinces, la malade éprouve des souffrances violentes, je crains quelque rupture, une hémorrhagie, je m'arrête. J'ai l'idée alors de faire passer une corde étendue de la tête au pied du lit, au-dessus de la malade. A cette corde je fixe un tube à drainage que je fixe d'autre part au fil de cuivre saillant dans la plaie. Sous l'influence de cette traction élastique légère et continue je ramène peu à peu les instruments du côté de la plaie abdominale et je les extrais un à un ainsi que les fils, par le même procédé.

Je n'ai pas sondé la malade et jamais elle n'a été salie par l'urine. L'opération étant terminée et la malade portée dans son lit, j'ai placé dans la vessie un tube de caoutchouc long et mince qui plongeait par l'autre extrémité dans de l'eau phéniquée placée au fond d'une grande bouteille. On pouvait ainsi s'assurer que la vessie fonctionnait et on était à l'abri de plusieurs inconvénients.

Traitement mixte du pédicule.—C'est par suite de circonstances forcées que j'ai été amené à ne traiter le pédicule ni

par la méthode intra-péritonéale, ni par la méthode extra-péritonéale. Le pédicule n'a subi aucun tiraillement. Il s'est établi un canal, une sorte d'infundibulum allant du pédicule à la plaie abdominale. Les parois du canal étaient formées par la vessie et les intestins, organes recouverts par le péritoine et adhérant sur les limites de ce canal. Le fond était formé par le pédicule lui-même et la cavité renfermait les divers instruments et les fils de nature variée. Il est probable que ces organes ont adhéré entre eux pendant les trois semaines qui ont précédé les tractions des objets contenus; il onts formé une barrière entre la cavité du canal et la cavité péritonéale proprement dite.

Le cas de Mme W. . . est un des plus difficiles qui se puissent rencontrer, les éventualités émouvantes qui se sont présentées pendant le traitement, l'heureuse terminaison qui est venue couronner mes efforts, autorisent à penser qu'on pourrait agir de même dans d'autres cas d'hystérotomie. C'est ce que je me propose de faire à la première occasion.

Je ne terminerai pas sans faire observer que j'ai toujours fait les pansements avec toute la rigueur que recommande le professeur Lister. Je suis convaincu que c'est à l'action de ce mode de pansement que doit être rapportée cette admirable tolérance du péritoine.

OBSERVATION VI

Grossesse extra-utérine datant de huit ans. — Laparotomie. Guérison rapide.

Une mulâtresse, âgée de 35 ans, se présente à M. Fort pour être débarrassée d'une tumeur qui la gêne considérablement, l'empêche de travailler et lui rend la vie insupportable. La malade a eu trois enfants, mais elle n'a pas eu de nouvelle grossesse depuis qu'elle porte sa tumeur.

Elle raconte qu'elle s'est crue enceinte, il y a huit ans, qu'elle a préparé la layette de l'enfant et qu'elle est allée trouver la sage-femme à l'époque présumée où devait avoir

lieu l'accouchement. Les mouvements de l'enfant cessèrent peu à peu et il resta une tumeur. Ces renseignements n'ont été fournis par la malade qu'après l'opération. Au moment de l'examen, il était difficile de lui arracher une parole, elle ne disait rien d'une manière précise.

La tumeur, dure, comme pierreuse, présentait un bord inférieur irrégulier, qui permettait de passer la main au-dessous. Elle avait approximativement le volume d'une tête d'adulte.

Les fonctions s'accomplissaient régulièrement, et si ce n'eût été les douleurs vives ressenties par la malade, aucun symptôme particulier n'eût déterminé le chirurgien à pratiquer l'opération. L'utérus normal, était parfaitement mobile.

Le diagnostic fut : *tumeur fibreuse*, de siège indéterminé, probablement de l'ovaire. On pratiquera l'ovariotomie.

Opération.—Le 27 Janvier 1883, tout étant préparé pour l'ovariotomie, avec tout l'appareil listérien, M. Fort pratiqua l'opération à l'hôpital de Pétropolis, en présence de M. le Dr Baron du Cattete, directeur; avec l'aide de MM. les Drs Brito, médecin de l'hôpital; Souza Gomes, médecin adjoint; Castro Rebello et Mello Franco. La paroi abdominale fut incisée sur la ligne blanche dans une étendue de 17 centimètres, 7 au-dessus de l'ombilic et 10 au-dessous. La tumeur était complètement adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. Des brides nombreuses s'étendaient de la tumeur à la paroi et en certains points il y avait adhérence intime. Après un travail des plus pénibles et qui dura environ une heure, les adhérences étant détruites avec la spatule et l'hémorrhagie étant arrêtée par des ligatures au catgut fin et par des attouchements au perchlorure de fer liquide, M. Fort put enfin découvrir la tumeur et passer la main au-dessous de son bord inférieur.

Enfin la tumeur bascula et elle put être extraite, après avoir rompu encore quelques adhérences. Cette tumeur était formée par un fœtus, ainsi qu'on le verra plus loin.

Le pédicule de la tumeur, qui n'était plutôt qu'une forte adhérence, contenait des vaisseaux qui paraissaient se confondre avec ceux de l'épiploon. Il fut lié avec le catgut n° 2.

La toilette du péritoine terminée et les sutures étant posées, il y eut une hémorrhagie en nappe qui fut maîtrisée par la compression et le perchlorure de fer; le sang venait de la paroi antérieure de l'abdomen. Les sutures furent serrées ensuite, le pédicule fut placé entre les deux lèvres de la plaie, complètement caché. Les fils de catgut sortaient seuls par la plaie.

La suture profonde comprenant la peau, les aponévroses et le péritoine, fut faite avec huit fils de catgut moyen; la superficielle, comprenant seulement la peau, avec sept fils d'argent.

Le 27, soir, rien de nouveau. Eau pour boisson par cuillerées.

Le 28. T. 37,5. P. 84. Bouillon.

Le 29. T. 37,5. P. 84. Bouillon; la malade a dormi.

Le 30. T. 37,5. P. 84. Premier pansement.

Le 31. T. 37,5. P. 84. Potages; deux pilules d'extrait thébaïque de 0,025 dans le but d'empêcher l'évacuation de l'intestin.

Le 2 février. T. 34,5 P. 87. Deuxième pansement. On enlève les fils d'argent.

Le 4. T. 37°. P. 76. On enlève les fils de catgut.

Le 5. La malade se lève.

Le 11. Elle quitte l'hôpital complètement guérie.

La malade a présenté les phénomènes de la montée du lait, comme s'il se fut agi d'un accouchement. Dès le lendemain de l'opération, les seins ont commencé à se gonfler, ils sont devenus gros et douloureux et, le 10 février, la malade a pu retirer de son sein une demi-tasse de lait ayant fort bonne apparence.

Fœtus—Le produit de la conception est dans un état d'atrophie légère et de dégénérescence graisseuse. Il n'y a pas trace des eaux de l'amnios qui ont été résorbées pendant le long séjour du fœtus dans la cavité abdominale. L'amnios et le chorion, ce dernier hypertrophié et mesurant plus de 1 millimètre d'épaisseur, créent au fœtus une enveloppe com-

plète qui empêche de reconnaître la forme d'un enfant. Cette membrane, ressemblant à un parchemin épais, passe comme un pont sur les interstices qui séparent les diverses parties du fœtus appliquées les unes contre les autres en donnant à l'ensemble la forme d'une tumeur fibreuse irrégulière.

La tumeur, dure et lourde, tombe comme une pierre sur le parquet. M. Fort, pour s'assurer de sa nature, la tranche en deux morceaux d'un coup de couteau et s'aperçoit qu'il s'agit d'un fœtus.

On constata alors que la membrane enveloppante était très adhérente au dos du fœtus et qu'elle pouvait être séparée sur les autres points. Un cordon grêle, gros comme une ficelle de fouet, s'étendait de l'ombilic à la face interne du chorion, où l'on voyait des filaments, débris des vaisseaux placentaires, s'étaler en divergeant.

Le fœtus était placé en travers, la tête à droite, la face dirigée en avant, fortement courbé sur son côté gauche, de telle sorte que le genou gauche touchait la joue du même côté.

La main droite était placée contre la joue droite et la gauche était en arrière du cou. Les jambes croisées étaient rejetées en arrière.

L'enfant, du sexe masculin, était bien conformé. Quoiqu'il fut le produit d'une mulâtresse et d'un nègre il ne portait aucune trace évidente de pigment cutané, mais il avait les cheveux crépus et très noirs.

Aucune ossification n'existait en dehors du système osseux. Les tissus étaient seulement indurés. La peau était jaune et graisseuse, elle était dure comme un parchemin épais. Les viscères étaient indurés; les anses intestinales, aplaties les unes contre les autres, pouvaient être déroulés. Les muscles indurés également n'offraient aucune trace d'ossification.

Il est inutile de faire ressortir l'extrême rareté du cas et par conséquent son intérêt. Nous appelons l'attention sur l'absence du placenta et sur la rapidité de la guérison de la malade.

Le 15 septembre 1884 la malade était en parfaite santé.

(Observation recueillie par le Dr. Rocha).

RAPPORT

fait à la Société de médecine pratique de Paris par le Dr. A. Brochin

sur le mémoire du Dr. Fort

Messieurs, notre collègue, M. Fort, vous envoie de Rio de Janeiro un recueil d'observations avec opération (ovariotomie, hystérotomie, laparatomie) pour tumeurs utérines et ovariques et pour grossesse extra-utérine. Notre président a bien voulu me charger de vous en faire une courte analyse.

La première observation a pour titre : *Tumeur fibreuse de l'utérus, opération, guérison.* Il s'âgit d'une femme dont M. Fort néglige de nous donner l'âge, qui depuis 8 ans portait une tumeur abdominale et une tumeur vaginale, souffrait beaucoup et avait de nombreuses hémorrhagies. Un examen attentif permit à notre collègue de reconnaître la présence, dans l'abdomen, d'une tumeur dure, irrégulière, remontant à deux centimètres au-dessous de l'ombilic; et dans le vagin, d'une tumeur lisse et arrondie du volume d'une tête de fœtus à terme. Les mouvements imprimés à cette dernière tumeur ne se transmettent pas à la tumeur abdominale. Ceux au contraire qui sont communiqués à celle-ci déterminent quelques oscillations à la tumeur intra-vaginale. Le diagnostic porté par M. Fort est le suivant : tumeur fibreuse (myôme) du corps de l'utérus et tumeur fibreuse (polype) du col. La continuité des deux tumeurs et la situation ainsi que l'état du col, que le doigt ne peut atteindre, restant douteux, M. Fort conseilla d'attendre l'âge de la ménopause en recourant au traitement préconisé par M. Chéron, c'est-à-dire aux cou-

rants électriques. Cependant, cédant aux instances de la malade il accepte de pratiquer l'ablation de la tumeur vaginale.

Cette opération est faite le 22 août 1881. Ayant, avec beaucoup de peine, placé un fil de fer sur le pédicule de la tumeur il en pratiqua le morcellement. Lorsqu'il eut enlevé environ 400 grammes de tissu morbide, il put se convaincre que le pédicule mesurait six centimètres de diamètre, que la tumeur vaginale et la tumeur abdominale étaient continues. M. Fort s'arrêta, enleva le fil de fer et dut alors pratiquer le tamponnement pour parer à une hémorrhagie abondante qui, malgré le tampon, se continua pendant plusieurs heures. Le lendemain, 23, faiblesse extrême, vomissements cloroformiques. Le 25, M. Fort fait mettre la malade dans un grand bain chaud, extrait le tampon et fait un lavage du vagin avec l'eau phéniquée. Elle a de la fièvre (140 pulsations), des vomissements, peu de sensibilité de ventre, Les liquides vaginaux exhalent une odeur infecte. L'état général s'aggrave; menace de septicémie. Le 27, symptômes d'intoxication phéniquée. L'eau phéniquée est remplacée par l'eau pure. Le 28, sortie spontanée de toute la portion de la tumeur fibreuse qui se trouvait au-dessous du fil constricteur. Peu de temps après, notable amélioration, le pouls tombe à 120; la malade peut s'alimenter. Le 5 septembre, elle se lève. La guérison s'accomplit. Le 9 septembre, santé parfaite; la tumeur abdominale ne paraît pas avoir augmenté.

M. Fort conclut de cette observation que, dans les cas où le chirurgien ne croirait pas devoir faire l'amputation de la partie vaginale de ces tumeurs, on pourra serrer fortement le pédicule et attendre la chute par mortification de toute la portion de la tumeur placée au-dessous du fil.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs titres: d'abord une tumeur fibreuse de l'utérus, moitié abdominale moitié vaginale, sans être un fait exceptionnel, est encore un fait assez rare. En outre l'indication opératoire et le choix du procédé me paraissent ici d'un grand intérêt. M. Fort avoue avoir éprouvé les plus grandes difficultés pour placer un lien autour du pédicule de la tumeur, je crois qu'il aurait pu évi-

ter ces difficultés en se servant de l'ingénieux procédé de ligature imaginé par M. Péan et qui consiste à placer une anse de fil sur le pédicule à l'aide de deux sondes d'une courbure appropriée, dont l'une fait le tour de la tumeur, tandis que l'autre reste fixe. Les deux sondes se trouvant ainsi accolées sont retirées, puis remplacées par une seule sonde contenant un serre-nœud.

Notre collègue a eu une hémorrhagie assez abondante, après avoir retiré le fil de fer qui entourait la tumeur; je pense qu'il aurait pu arrêter cette hémorrhagie en remplaçant ce fil par un autre qu'il aurait laissé à demeure.

Enfin, je relève dans cette intéressante observation un point du traitement consécutif qui ne laisse pas que de me surprendre, c'est la prescription d'un grand bain tiède, le lendemain même de l'opération. J'avoue que je n'en comprends pas l'utilité et que je regarde ce bain comme dangereux, surtout à la suite d'une hémorrhagie.

Ces réserves faites, je crois que nous ne pouvons que féliciter notre collègue de son opération.

La seconde observation qui a pour titre: *opération d'hystérotomie pour un corps fibreux de l'utérus, mort,* se rapporte à une femme de 40 ans. Tumeur mobile dont les mouvements ne se communiquent pas à l'utérus. Au-devant de cette première tumeur en existe une seconde se continuant avec l'utérus. Le toucher rectal et vaginal ne donne aucune indication. La malade éprouve des douleurs atroces et réclame l'opération avec instance. Celle-ci est pratiquée le 25 août; incision abdominale sur la ligne médiane, nombreuses adhérences détachées avec le doigt, ligatures au catgut. Les deux tumeurs étaient reliées entre elles par un pédicule étroit très vasculaire; la tumeur inférieure était située dans la paroi antérieure de l'utérus. Un fil de fer est passé autour du pédicule, la tumeur est sectionnée. Le pédicule a été ensuite divisé en deux moitiés, dont chacune a été liée séparément au catgut, puis une ligature totale a été placée au-dessous, après quoi le fil de fer a été retiré. Toilette du péritoine, ligatures, cautérisation ignée de la surface du pédicule, réduction

dans la cavité abdominale, suture profonde et superficielle, pansement antiseptique. Le lendemain vomissements noirâtres, T. 38,5, p. 120. Le troisième jour, mort.

M. Fort se demande quelle peut être, dans ce cas, la cause de la mort. Il croit devoir l'attribuer au traitement intra-péritonéal du pédicule et regrette de n'avoir pas recouru à la méthode extra-péritonéale ou au drainage. Les craintes et les regrets de notre collègue à ce sujet ne nous semblent pas fondés. Il paraît absolument probable que la cause de la mort a été la péritonite, bien que la plupart des symptômes aient manqué, sauf cependant les vomissements. Dans plusieurs autopsies que j'ai eu l'occasion de faire d'opérées ayant ainsi succombé, sans cause appréciable, j'ai toujours trouvé de la péritonite, même dans les cas où presque tous les symptômes habituels de cette maladie avaient fait défaut.

Dans la conduite tenue par M. Fort dans le cours de cette opération, on me permettra de lui reprocher deux choses: la première de n'avoir pas de suite lié le pédicule avec le fil qui devait rester définitivement, la seconde d'avoir cautérisé sa surface, précaution qui a, croyons-nous, été reconnue inutile sinon dangereuse. Cela dit, j'ajouterai qu'on doit le féliciter de ne pas se contenter de publier les succès et de publier aussi les insuccès. Suivant, en cela, le bon exemple donné par mon maître, M. Péan qui, seul en France jusqu'ici, a toujours publié ses statistiques intégrales.

La troisième observation, messieurs, a trait à une *tumeur fibro-cystique de l'ovaire, ovariotomie, guérison*. J'abrège pour ne pas abuser de votre attention: femme de 42 ans, début de la tumeur remontant à 14 ans. Diagnostic difficile: s'agit-il d'un fibrome utérin ou d'une tumeur fibro-cystique de l'ovaire? Traitement par l'électricité sans aucun résultat, au contraire le ventre augmente; dyspnée, œdème des membres inférieurs. Opération le 10 octobre 1881: longue incision contournant l'ombilic; issue d'un liquide ascitique très transparent, grosse tumeur fibreuse entourée de kystes qu'il est impossible de faire sortir par la plaie; tous ces kystes extraits ou évacués, la tumeur solide du volume d'une tête d'adulte peu

être amenée au dehors. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse avec kystes de l'ovaire droit. La partie inférieure de la tumeur est saisie dans une forte anse de fil de fer, morcellement de la tumeur, détachement des adhérences. Ligature du pédicule en deux portions avec de gros catguts, puis ligature totale unique au-dessous. Pas de cautérisation. Réduction dans l'abdomen. Toilette du péritoine. M. Fort laisse une petite tumeur fibreuse, du volume d'un œuf, adhérente à l'utérus, etc... Le péritoine étant déjà enflammé, M. Fort se décide à pratiquer le drainage avec un tube de verre. L'opération avait duré deux heures, pansement antiseptique.

Le lendemain aspiration par le tube de verre de 80 gr. de sang; de même le surlendemain.

Vomissements. T. 37,5, p. 120. Lavements nutritifs. La mauvaise odeur des matières vomies, le ballonnement du ventre, la constipation font craindre un volvulus. Mais une sonde œsophagienne introduite dans l'estomac en fait sortir une énorme quantité de gaz et de liquide. Dès lors la malade peut s'alimenter, le ventre s'affaisse. Le cathétérisme œsophagien est ainsi pratiqué à plusieurs reprises. Le tube à drainage retiré le sixième jour. La fièvre persiste, un pus fétide s'écoule par l'avant-dernier point de suture. Lavements toni-nutritifs, pansement antiseptique. La fièvre persiste; le 14, environ quinze jours après l'opération, longue incision sur l'abdomen, il sort un flot de pus. A partir de ce moment, la malade va de mieux en mieux et marche rapidement vers la guérison.

M. Fort a-t-il eu raison de laisser, dans ce cas, la tumeur fibreuse utérine? c'est l'avenir qui jugera cette question en nous disant si cette tumeur a continué à s'accroître.

Le tympanisme stomacal n'est pas aussi rare que semble le croire notre collègue. Je préfère de beaucoup, dans ce cas, le tube Faucher à la sonde œsophagienne; M. Fort se demande s'il n'aurait pas bien fait de laisser le tube à drainage jusqu'à la chute des fils. Je crois qu'il aurait mieux fait de ne pas recourir du tout au drainage, l'expérience en ayant démontré

l'inutilité et ayant, en outre, montré qu'un péritoine déjà préalablement enflammé est plus tolérant encore.

La quatrième observation est fort intéressante; il s'agit d'une *tumeur fibreuse de l'utérus prise pour un kyste pileux de l'ovaire chez une fille vierge; hystérotomie; mort.*

Mlle D..., 32 ans, porte depuis plusieurs années une tumeur abdominale du volume d'une tête d'adulte avec une fistule par laquelle il sort de temps en temps un peu de matière purulente et des poils. Une ponction faite huit mois auparavant semble comfirmer le diagnostic de kyste pileux, en donnant issue à un litre de liquide et à une prodigieuse quantité de poils. Quelques jours après, on incise la paroi abdominale, on ouvre le kyste et on y place un tube à drainage que la malade conserva trois ans. Deux chirurgiens consultés cinq ans après constatent qu'il s'opére des transformations dans la tumeur. La malade souffre et maigrit. Néanmoins, toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Le 8 décembre, M. Fort pratique l'opération, ne doutant pas qu'il s'agisse d'un kyste pileux. Il constate qu'il n'existe aucune adhérence entre la paroi abdominale et la tumeur. Une sonde cannelée, introduite dans le trajet fistuleux, pénètre dans l'épaisseur de la paroi abdominale et n'arrive pas au péritoine. La tumeur était peu mobile, sa surface lisse et arrondie. Une ponction permet de reconnaître qu'on est en présence d'une tumeur solide. Malgré les adhérences, malgré la largeur de l'implantation, M. Fort résolut d'achever l'opération. A l'aide de l'écraseur placé aussi bas que possible, il parvient à enlever la tumeur et le corps de l'utérus. Le pédicule est lié avec un fil de catgut. La plaie est suturée; un tube à drainage en verre est laissé dans la plaie.

L'opération avait duré plus de trois heures. La malade meurt 36 heures après du choc traumatique.

M. Fort regrette, avec raison, de n'avoir pas été autorisé, dans ce cas, à pratiquer préalablement l'examen par le vagin. Ici se pose une question fort délicate; il se demande si, en pareil cas, le chirurgien ne serait pas autorisé à surmonter cet obstacle. Lorsqu'un chirurgien croit devoir proposer une

opération aussi grave que l'hystérotomie ou l'ovariotomie, il ne saurait s'entourer de trop d'éclaircissements pour assurer, autant que possible, son diagnostic. Il doit donc demander l'autorisation de pratiquer le toucher virginal; si cette autorisation lui est refusée, personne, je pense, n'oserait le blâmer de profiter, au moment de l'opération, de l'anesthésie par le chloroforme pour pratiquer le toucher avec toutes les précautions désirables.

Cette dernière observation de M. Fort est intéressante à plusieurs titres, et particulièrement en raison de l'erreur de diagnostic qu'il était, d'ailleurs, difficile de ne pas commettre en présence de ces curieux antécédents. Plusieurs médecins du pays ont cru devoir expliquer les choses par la transformation du kyste pileux en tumeur fibreuse. On sait ce qu'il faut penser aujourd'hui de ces prétendues transformations, mais admettre qu'un kyste pileux de l'ovaire peut se transformer en tumeur fibreuse de l'utérus, c'est véritablement là un comble que nous nous abstiendrons de qualifier et que notre collègue, M. Fort, ne manque pas de faire ressortir.

A l'occasion de ce fait malheureux, notre collègue s'est trouvé en butte à des calomnies et à des persécutions qui semblent prouver qu'au Brésil, peut-être plus encore qu'ailleurs, les jalousies professionnelles s'exercent sur une large échelle. Ce sont là des considérations extra-scientifiques dans lesquelles je n'ai pas à entrer et je ne m'y arrêterai pas davantage.

La cinquième observation a pour titre: *tumeur fibreuse de l'utérus, hystérotomie, guérison.*—Femme de 49 ans, tumeur volumineuse datant de 5 ans, hémorrhagies, douleurs. Plusieurs chirurgiens de France et d'Autriche la détournèrent de l'opération; elle revient au Brésil où, malgré un traitement par les courants, le ventre continue à s'accroître. Elle réclame elle-même avec instance l'opération.

Celle-ci est pratiquée le 20 Décembre 1881. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse intra-utérine ayant contracté des adhérences épiploïques et ayant une largeur d'implantation telle que l'opération présenta les plus grandes difficultés. M. Fort eut beaucoup de peine à arrêter la circulation à l'aide d'un

fort fil de cuivre placé au-dessous de deux broches passées en croix aussi près que possible de la base d'implantation.

La tumeur comprenant le corps fibreux, l'utérus et les ovaires, pesait 5 kilogrammes. La malade, très affaiblie par les hémorrhagies antérieures, ne perdit heureusement pas de sang pendant l'opération. M. Fort laissa les fils métalliques en place et les fixa à une broche placée en travers sur le ventre. Celui-ci fut fermé, sauf à la partie inférieure où le chirurgien laissa un tube de verre. Ce ne fut que quinze jours après l'opération, pendant lesquels l'état de la malade resta assez grave que, grâce à une traction continue de 12 heures par un tube en caoutchouc, M. Fort parvint à retirer de la plaie un serre-nœud, le fil de cuivre et la corde qui était au-dessous; il vit ainsi sortir toute la partie du pédicule située au-dessous de la ligature. Suppuration fétide, les suites furent bonnes et la malade ne tarda pas à être tout à fait guérie.

L'intérêt de cette observation réside, comme le fait remarquer M. Fort lui-même, dans le séjour assez prolongé des instruments et des fils dans l'abdomen, dans la tolérance du péritoine, dans les moyens d'extraction de ces objets, dans la manière de vider la vessie, enfin dans le traitement du pédicule qui, pour ce cas particulier, n'est ni intra ni extra-péritonéal, et auquel M. Fort propose de donner le nom de traitement mixte. En effet, dans aucune autre observation on ne trouve d'exemple d'instruments chirurgicaux ayant séjourné pendant vingt jours dans la cavité abdominale, fixés au pédicule. Cette tolérance du péritoine est ici vraiment remarquable; malgré la présence de ces corps étrangers, malgré les tractions exercées sur le péritoine pendant l'opération, malgré la longueur considérable de l'incision abdominale, il n'y a jamais eu le moindre mouvement fébrile. Le pouls a toujours oscillé entre 84 et 96, la température n'a jamais atteint 38°.

Comment notre collègue s'y est-il pris pour retirer ces instruments de la cavité abdominale? A l'aide d'un tube à drainage fixé par une de ses extrémités à une corde tendue de la tête au pied du lit et par une autre extrémité à l'un des bouts du fil de cuivre. Cette traction élastique légère, continue, a

suffi pour ramener peu à peu les instruments du côté de la plaie abdominale, et dès lors, notre collègue a pu facilement les extraire un à un.

Il avait eu soin, après l'opération, d'introduire et de laisser à demeure dans la vessie un tube de caoutchouc long et mince, dont l'extrémité libre plongeait dans une bouteille contenant de l'eau phéniquee. Il évitait ainsi la nécessité de sonder la malade.

Quant au traitement mixte du pédicule qui a eu ici un si heureux résultat, M. Fort déclare, en toute franchise, qu'il lui a été imposé, en quelque sorte, par les circonstances. J'avoue que, malgré ce résultat favorable, je n'oserais recommander ce procédé ni l'ériger en méthode générale applicable à un certain nombre de cas particuliers, analogues à celui dont il s'agit ici. Je préférerais, il me semble, dans les cas où la méthode, actuellement en faveur, c'est-à-dire, la ligature, la réduction du pédicule et la fermeture complète du ventre, serait absolument inapplicable, avoir franchement recours à la méthode intra-péritonéale qui, entre les mains de M. Péan, a donné autrefois de très bons résultats, qu'à ce traitement mixte qui me paraît entraîner de très grands dangers.

Quoi qu'il en soit, cette cinquième observation présente un réel intérêt; les difficultés du traitement consécutif, si heureusement surmontées par notre collègue, cette tolérance extraordinaire du péritoine, peut-être attribuable à l'emploi le plus rigoureux de la méthode antiseptique, en font une observation très curieuse qui fait grand honneur à notre collègue.

La sixième observation a trait à un cas de *grossesse extra-utérine datant de huit ans* et pour laquelle M. Fort a pratiqué une laparotomie suivie d'une rapide guérison. Il s'agit d'une mulâtresse de 35 ans, ayant eu trois enfants et portant depuis huit ans une tumeur abdominale qui la gêne beaucoup et dont elle demande à être débarrassée. Il y a huit ans, elle s'est crue enceinte, mais à l'époque où l'accouchement aurait dû avoir lieu, les mouvements de l'enfant ont cessé. Ces renseignements n'ont été fournis par la

malade qu'après l'opération. Le diagnostic avait été : tumeur fibreuse de siège indéterminé, probablement de l'ovaire.

Opération.— Incisision de 17 centimètres sur la ligne blanche, tumeur complètement adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen, brides nombreuses, ces adhérences sont détruites avec la spatule; ligature au catgut et attouchements au perchlorure de fer. Après quelques efforts, la tumeur bascula, son pédicule, qui n'était qu'une forte adhérence, contenait des vaisseaux, paraissant se confondre avec ceux de l'épiploon. Ligature au catgut, hémorrhagie en nappe, provenant de la paroi antérieure, arrêtée par la compression et le perchlorure de fer. Suture, le pédicule étant placé entre les lèvres de la plaie à la partie inférieure, mais y restant caché, les fils seuls sortant de la plaie.

La malade avait été opérée le 27 janvier 1882; elle quitte l'hôpital complètement guérie le 11 février. Elle a éprouvé toüs les phénomènes de la montée du lait.

La tumeur n'était autre qu'un fœtus dans un état d'atrophie légère et de dégénérescence graisseuse. Il n'y avait pas trace des eaux de l'amnios. L'amnios et le chorion créent au fœtus une enveloppe complète qui empêche de reconnaître la forme d'un enfant. Le chorion, très épaissi, mesure plus d'un millimètre d'épaisseur. Extérieurement, la tumeur présente exactement la forme d'une tumeur fibreuse irrégulière. L'enfant, du sexe masculin, était bien conformé. Bien que le produit d'une mulâtresse et d'un nègre, il ne portait aucune trace évidente de pigment cutané, mais il avait les cheveux crépus et noirs. Aucune ossification en dehors du système osseux. Les tissus étaient seulement indurés. Absence de placenta. Ce cas est intéressant à plusieurs titres; d'abord la simplicité de l'opération et la rapidité de la guérison, ensuite la nature même de la tumeur qui aurait pu être diagnostiquée, si les antécédents avaient été mieux connus avant l'opération. Au reste, le diagnostic eût-il été fait, l'opération n'en était pas moins indiquée et, à ce point de vue particulier, cette dernière observation de notre collègue me semble offrir un très

grand intérêt, en ce sens qu'elle est absolument favorable à l'intervection dans les cas de grossesse extra-utérine.

La Société se rappellera peut-être une communication que nous lui avons faite en commun avec notre distingué collègue, M. Porak, et dans laquelle il s'agit d'une jeune femme également atteinte d'une grossesse extra-utérine, reconnue et diagnostiquée par M. Porak, très peu de temps après l'époque où aurait dû avoir lieu l'accouchement. Je suis heureux d'apprendre à la Société que cette malade a été complètement débarrassée des souffrances qu'elle endurait; j'ai l'occasion de la voir environ tous les mois, et jusqu'ici l'expectation conseillée par MM. Guéniot et Porak me semble absolument rationnelle et justifiée. Toutefois, récemment, sous l'influence d'une assez vive émotion elle a été reprise d'accidents aigus, douloureux, qui m'ont fait craindre quelque inflammation péritonéale ou peut-être quelque commencement de travail suppuratif du côté du fœtus. Heureusement mes craintes ne se sont pas réalisées et la malade a repris à peu près sa santé habituelle.

En présence du succès obtenu par M. Fort, on est en droit de se demander si, au cas où chez notre malade ses accidents viendraient à se reproduire trop fréquemment, il ne serait pas indiqué de recourrir à l'opération qui, somme toute, ne me paraît pas offrir plus de danger qu'une hystérotomie ordinaire.

En résumé, sur ces six opérations graves. M. Fort a obtenu quatre guérisons et seulement deux décès. C'est là, étant donnée la gravité toute spéciale des cas auquels il a eu affaire, une statistique vraiment encourageante.

Messieurs, dans ces intéressantes observations se trouvent un assez grand nombre de points de manuel opératoire sur lesquelles j'aurais désiré revenir, si je ne craignais d'abuser de votre attention. J'en ferai, si vous le voulez bien, l'objet d'une prochaine communication et je me bornerai, pour aujourd'hui, à féliciter et remercier M. Fort. de ces intéressantes observations qui, tout en nous révélant chez lui une certaine audace chirurgicale, n'en font pas moins d'honneur à son habileté opératoire et à son talent de clinicien.

OBSERVATION VII

Tumeur fibreuse de l'utérus.—Hystérotomie.—Guérison

Françoise M. 36 ans, orientale, demeure à Montévidéo rue Dayman dans la maison du député Don Felix Martinez.

Elle me consulte en novembre 1883. Elle porte une tumeur du ventre qui lui rend la vie insupportable par les hémorrhagies abondantes qu'elle occasionne et par les douleurs intolérables qu'elle produit.

Il y a dix ans que la malade s'est aperçu qu'elle avait une tumeur. Cette tumeur a fait des progrès insensibles de sorte que le ventre, au moment de l'opération, paraissait gros comme au 7me mois de la grossesse.

La malade est très-anémiée et très-souffrante. La tumeur est arrondie et mobile et elle change de place selon la position que prend la malade dans le lit.

La dureté de la tumeur, son siège, sa forme irrégulière et le toucher vaginal autorisent à diagnostiquer une tumeur fibreuse de l'utérus. Vers la fosse iliaque gauche on trouve une petite tumeur supplémentaire, annexe de la tumeur principale. La paroi supérieure du vagin est déprimée par une portion de la tumeur.

L'introduction du spéculum est très-difficile à cause de la dépression de la paroi vaginale. Le col paraît normal. Une sonde introduite dans l'utérus pénètre dans une bonne direction jusqu'à sept centimètres, ce qui me fait espérer que la tumeur ne sera pas intra-utérine.

Par le toucher vaginal, on constate que le col est naturel et on n'imprime aucun mouvement à la tumeur en cherchant à faire mouvoir l'utérus, ce qui me donne encore plus d'espoir relativement à la situation périphérique de la tumeur. On verra plus loin qu'elle était au contraire presque complètement intra-utérine et que la sonde passait entre la tumeur et la paroi de l'utérus. Le col était absolument libre.

Par le toucher rectal, je n'ai obtenu aucun renseignement sérieux.

La vessie se remplit. La malade urine quatre à cinq fois

par jour, jamais pendant la nuit. Une sonde introduite par l'urètre est arrêtée et ne peut remonter du côté du pubis.

En présence de ces symptômes, des douleurs continues et des hémorrhagies abondantes qui épuisent la malade, je diagnostique un *myome* de l'utérus et je propose l'opération de l'hystérotomie qui est acceptée et pratiquée le 29 février 1884.

La malade est très pauvre. Elle a le bonheur de rencontrer une dame fort charitable qui lui a prodigué les soins les plus assidus, auxquels la malade doit certainement son salut. Madame Felix Martinez, c'est le nom de sa bienfaitrice, a désiré que l'opération se fit dans son propre appartement et elle a voulu lui donner personnellement les soins les plus intimes.

Le Dr Brian, le Dr Vidal, ancien président de la République, les Drs Rappaz, Pimentel, Cebrian et l'étudiant Vila voulurent bien me prêter leur concours pendant l'opération.

Celle-ci dura une heure et demie, la malade étant chloroformisée.

L'incision de la paroi abdominale fut étendue du pubis à deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

Après incision du péritoine, une tumeur lisse et arrondie, sans adhérences, se présente à l'ouverture.

C'était le corps de l'utérus contenant une tumeur. De chaque côté étaient suspendus les ovaires. La tumeur allait jusqu'au col, de sorte que le pédicule devait être court, gros et résistant.

Le pédicule fut comprimé au niveau du col de l'utérus, avec un gros fil de cuivre rouge serré au moyen du serre-nœud de Kœberlé.

Comme il n'était pas possible d'enlever la tumeur en une seule fois, j'assurai la compression du pédicule en le traversant par deux grandes aiguilles en croix et en liant encore une fois avec du fil de catgut très-fort.

Je sectionnai alors toute la partie située au-dessus de la ligature.

Puis je consolidai encore les ligatures et je fis le traitement extra-péritonéal du pédicule.

Je laissai en place le fil de cuivre, les grosses aiguilles et les fils de catgut. Je protégeai seulement la peau qui aurait pu être lésée par les extrémités des aiguilles. Je laissai aussi en place le serre-nœud de Kœberlé.

Je fis la suture abdominale, et au niveau du pédicule je fis une suture entre les bords de la plaie abdominale et la circonférence du pédicule.

L'intestin fut maintenu avec peine pendant l'opération.

Traitement antiseptique pendant l'opération et jusqu'à la guérison.

Je mis, comme j'ai coutume de le faire, un long tube de caoutchouc dans la vessie pour conduire les urines dans une bouteille placée au-dessous du lit.

29 Février. T. 38. P. 90. Eau froide par cuillerées. Rien de plus. Ni vomissements ni fièvre. 4 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre le soir.

1 Mars. T. 39, P. 124. Léger délire. Répéter la pilule. Eau et bouillon.

2 mars. T. 38, P. 138. Un peu de prostration. Bouillon. Répéter la pilule.

Du 3 au 18, la température oscille entre 37 et 37 ½ et le pouls entre 80 et 90.

Le 14. Le pédicule tombe avec les fils.

Le 15. La malade se lève.

Le 17. La plaie est complètement cicatrisée.

Le 18. La malade sort.

Aujourd'hui un an après l'opération, la malade qui a fortement engraissé, est à mon service et remplit les fonctions de cuisinière.

Cette opération est la première hystérotomie qui ait été pratiquée avec succès dans la République de l'Uruguay.

Dr. Fort



DEUXIÈME PARTIE

SIX OBSERVATIONS D'URÉTROTOMIE INTERNE

OBSERVATION VIII

Opération d'urétrotomie interne

Par le DR. FORT

L'opération de l'urétrotomie est devenue une opération si vulgaire que nos journaux médicaux n'en contiennent plus aucune observation. Ce silence est fâcheux et cause des malheurs dont ne se doutent pas les habiles praticiens qui opèrent dans les grands centres.

Je pratique la chirurgie dans un pays où les rétrécissements de l'urètre sont excessivement fréquents. Aujourd'hui j'ai une pratique assez considérable, puisque j'ai fait plus de trois cents opérations de rétrécissements de l'urètre soit par l'électrolyse, soit par l'urétrotomie interne. J'ai vu les cas les plus variés et j'ai constaté les accidents les plus graves.

J'ai vu, entre autres, un malade opéré par un chirurgien qui a poussé la lame de l'urétrotome de Maisonneuve d'une manière si malheureuse qu'elle est sortie par l'anus.

Plusieurs malades à ma connaissance sont morts d'hémorrhagie. Il est inutile de parler de cas plus lamentables, ceux-là suffisent pour montrer qu'il est bon de rappeler de temps en temps quelles règles doivent présider à l'exécution de cette opération.

M. Q..., quarante-trois ans, me consulte à Bahia, le 14 septembre 1883, pour un rétrécissement datant de seize ans. Cet homme est désespéré, car, depuis trois mois, il n'urine

que goutte à goutte. Les médecins qu'il a vus ne peuvent faire pénétrer aucune sonde dans sa vessie.

J'explore le canal de l'urètre avec la plus petite des *bougies à boule exploratrice* et je constate la présence de *quatre* rétrécissements échelonnés le long de la portion spongieuse du canal. Mais la bougie est arrêtée au niveau de la région bulbeuse par un *cinquième* rétrécissement qu'elle ne peut franchir.

Je prends une bougie filiforme nº 3. Elle arrive au cinquième rétrécissement où elle pénètre partiellement. Elle y est tellement serrée qu'elle ne progresse plus. Après plusieurs tentatives et avec une extrême patience, je finis par franchir la totalité du canal avec une bougie filiforme nº 2. Je renvoie le malade chez lui, en lui prescrivant de conserver la bougie pendant vingt-quatre heures, lui assurant que l'urine s'écoulera entre la bougie et les parois du canal. Je lui recommande aussi de prendre un bain de siège tiède le soir et un autre le lendemain matin.

Le malade présente en outre dans la région périnéale, à 3 centimètres en avant de l'anus, une tumeur inflammatoire molle prête à s'ouvrir et due, sans aucun doute, à une *infiltration de l'urine* en arrière du cinquième rétrécissement.

Vingt-quatre heures après, je me rends chez le malade. Il est tellement pusillanime, il a une telle peur de l'opération qu'il exige d'être *chloroformé*. Je cède à son désir, mais à regret, n'aimant pas à chloroformer les malades pour cette opération si courte et, en somme, si peu douloureuse.

J'administre le chloroforme avec le plus grand soin, après avoir ôté la bougie et fait uriner le malade. J'introduis la bougie conductrice, puis le cathéter cannelé qui pénètre sans le moindre obstacle. Je passe ensuite la lame tranchante et j'incise les rétrécissements le long de la paroi supérieure du canal. Le cinquième, qui était plus long et plus dur, oppose un certain degré de résistance. J'incise cependant en poussant la lame de l'urétrotome par petits coups successifs. Immédiatement, il s'écoule un peu de sang et d'urine retenue en arrière du point rétréci. Je retire la lame, et maintenant

la verge dans la même position, je fais franchir une seconde fois à l'instrument la même voie. Je le retire de nouveau et je passe une sonde n° 19, ouverte aux deux extrémités, en me servant d'un cathéter sans anneau et de la bougie conductrice comme conducteur.

J'ai laissé la sonde ouverte et j'en ai placé l'extrémité libre dans une bouteille entre les cuisses du malade.

Pendant le premier jour, bouillon et thé. Le deuxième jour un peu de poulet en plus.

Il n'y a aucun accident; la sonde est retirée trente-six heures après l'opération.

Le malade a gardé le lit pendant deux jours et la chambre pendant six. Il a fait usage d'une pommade résolutive pour la petite tumeur périnéale.

Du 23 au 24, je lui ai passé les six premiers numéros des bougies métalliques de Béniquié. Le 29 la tumeur avait presque entièrement disparue et j'ai fait mes adieux au malade en lui recommandant de laisser une sonde à demeure toutes les semaines pendant une heure.

Je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer l'*urétrotomie externe* et je me convaincs chaque jour qu'avec beaucoup de patience dans le cathétérisme on doit triompher de tous les rétrécissements. Sir Henry Thompson ne dit-il pas: *par où passe l'urine, une bougie filiforme passera?* C'est mon avis.

Il y a six mois environ, j'ai eu à traiter un malade de Santa Victoria, une des dernières villes du sud du Brésil, malade dont l'urètre était visité quotidiennement par des sondes qui ne pénétraient pas dans la vessie. Pendant quinze jours, matin et soir, l'urètre de M. Lima résistait à mes sondes les plus fines et à ma patience. Le malade souffrait horriblement et n'urinait que goutte à goutte. Je me disposais à lui pratiquer l'*opération de la boutonnière*. Avant d'opérer, je lus encore une fois les rétrécissements de l'urètre dans Thompson, et, je fus encore frappé par ces mots du savant spécialiste: *il n'y a pas de rétrécissement infranchissable*. Je retournai le lendemain matin chez mon malade et je m'assis près de son lit, résolu à passer ma journée auprès de lui, si

c'était nécessaire, pour pénétrer dans sa vessie. La séance dura une heure, la bougie filiforme nº 1 passa enfin. Je la laisse en place pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, je plaçai le nº 2, le surlendemain le nº 3 et j'augmentai chaque jour d'un numéro jusqu'à ce que je puisse passer l'instrument *électrolyseur de Jardin*. Le malade fut parfaitement guéri. Il était resté pendant huit jours et huit nuits avec une bougie dans l'urètre.

J'ai un grand nombre de cas de rétrécissements de l'urètre opérés par l'électrolyseur de Jardin. Je les publierai bientôt pour montrer la parfaite innocuité du procédé. Il faut, pour pratiquer l'électrolyse, acquérir une certaine dextérité, dans laquelle on attribue à la méthode des insuccès qui sont dus à l'inhabileté de l'opérateur. Mais il ne faut pas croire qu'on puisse guérir tous les rétrécissements par l'électrolyse; il est des cas justiciables de l'électrolyse; il en est d'autres qui le sont de l'urétrotomie interne et de la dilatation.

(*Gazette des Hôpitaux*—15 Mars 1884).

Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai rencontré un rétrécissement véritablement infranchissable, malgré les bougies les plus perfectionnés et les séances les plus multipliées. J'ai été forcé de pratiquer l'*urétrotomie externe*.

OBSERVATIONS IX, X, XI, XII ET XIII

Cinq observations d'Urétrotomie Interne

Par le Docteur J. A. Fort

Les cinq observations qui suivent ont fait objet d'un mémoire présenté au *Circulo Médico Argentino* et publié dans le *tome XIII*, *année VII* des annales de cette Société.

Les rétrécissements de l'urètre sont très-fréquents dans l'Amérique du Sud. Tout le monde en connait le motif, sans besoin de placer les points sur les *i*. J'ai adopté comme trai-

tement de ces maladies le système de l'électrolyse linéaire, selon le procédé du Dr Jardin, mon ami et mon élève. Jusqu'ici, j'ai opéré près de quatre cents rétrécissements, et la pratique m'a convaincu que, dons certains cas, on arrive à un meilleur résultat en les traitant par l'urétrotomie interne. Ce sont les rétrécissements anciens, dûrs et très-serrés, principalement lorsqu'ils sont multiples.

1er CAS—Le malade, M. Ferrer, me pria de le chloroformer. Je lui pratiquai l'urétrotomie, faisant pénétrer l'instrument à la première tentative; je lui introduisis ensuite, sans aucune difficulté la sonde nº 20 que je laissai en place pendant 48 heures. Le malade urinait presque sans douleur, et il ne survint pas de fièvre. Ce qui fait que cinq jours plus tard, il pouvait sortir de chez lui, et le septième jour, il partait pour le Département de Minas, où il jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

2e CAS—Le cas que je cite se présenta chez le Juge M. Varela Stolle, qui avait un rétrécissement de trois millimètres et un calcul vésical qui lui produisait de cruelles douleurs. Je n'eus pas recours dans cette occasion à la lithotritie, parce que le canal de l'urètre était obstrué, me trouvant du reste obligé de pratiquer au plus bref délai, à cause des horribles douleurs qu'endurait le patient, la *taille prérectale*, qui fut faite avec le plus heureux résultat. Quinze jours après, le malade se promenait dans la ville, complètement guéri.

Mais, que faire contre le rétrécissement? Fallait-il attendre et pratiquer plus tard l'urétrotomie?

Comme le rétrécissement s'était localisé au point le plus habituel, et comme en outre, j'avais ouvert l'urètre dans la portion membraneuse, j'eus l'idée, car jamais je n'avais lu un procédé quelconque pour un cas semblable, de passer un bistouri étroit et boutonné, d'arrière en avant et de faire la section du rétrécissement. Ainsi opérai-je, sectionnant la paroi inférieure de l'urètre, et continuant ensuite l'opération de la taille.

Celle-ci terminée, je plaçai une canule dans la plaie vé-

sicale, sans porter préjudice pour cela à l'introduction de la sonde, qui se prescrit toujours pour le résultat de l'urétrotomie.

Cette dernière resta dans l'urètre pendant deux jours. Le malade guéri, une sonde n° 21 de la filière charrière pénétrait librement.

3e CAS—Cette fois, ce fut un employé de la Douane, M. Gomez qui se plaignait d'un rétrécissement très dûr et serré, placé sur le collet du bulbe.

Avant l'opération, il était impossible de faire pénétrer le conducteur cannelé, et ce n'est qu'après beaucoup d'efforts que je pus introduire une bougie filiforme n° 1. Au bout de huit jours, pendant lesquels je répétai l'introduction d'une bougie chaque fois plus grosse, j'arrivai à faire pénétrer une bougie en gutta-percha n° 11, d'un volume supérieur à celui du mandrin de l'urétrotome. Mais au moment où l'instrument métallique arrivait au sphincter urétral, il se produisait une contraction convulsive de ce muscle qui empêchait l'instrument de pénétrer jusqu'à l'urètre postérieur, comme on appelle aujourd'hui la portion membrano-prostatique du canal.

Ce n'est que après douze jours de dilatation continuelle par les bougies, et après avoir laissé celle du n° 12 pendant 24 heures, que je pus introduire le catheter cannelé dans la vessie.

Le Dr Vidal et M. Vila, furent ceux qui m'aidèrent pendant l'opération. Quand la lame de l'urétrotome arriva au point rétréci, je pressai sur l'instrument et je donnai de petits coups successifs avec la lame; mais elle n'avançait pas, malgré que les efforts fussent tels qu'il y avait à craindre la rupture de l'instrument. Enfin celle-ci passa. Quand je retirai la lame, je rencontrai la même résistance. Je fis ensuite jouer la lame comme un archet de violon et l'opération fut terminée. La sonde que j'introduisis chez ce malade resta pendant 36 heures. Aucun accident conséeutif ne se produisit, et le malade put se lever au quatrième jour de l'opération.

4ᵉ CAS—Le malade, M. Perez, avait déjà été traité dans une maison de santé anglaise depuis le 8 Novembre 1883, jusqu'à moitié de mars 1884, sans être cependant opéré.

Outre le rétrécissement, cet homme avait deux fistules urinaires périnéales qui avaient commencé il y avait plus de huit ans, et de plus, une cystite. Il habitait la campagne et avait passé plusieurs années sans être sondé. Il souffrait horriblement depuis longtemps, chaque fois qu'il urinait, ce qu'il faisait très-fréquemment.

Dans la maison de santé anglaise, on commença à le sonder; il y eut plusieurs consultations à ce sujet, dans lesquelles on prescrivit toujours l'usage de la sonde. Cependant, le malade désirait une opération, voyant que l'état de sa maladie ne s'améliorait pas. Pendant ce temps, il se déclara, à cause de la continuelle introduction des sondes par le canal étroit, une orchite qui suppura.

Je fus appelé par le malade le 16 mars. C'était un homme de 35 ans environ, d'une bonne corpulence, et de forte constitution. Il urinait chaque cinq minutes poussant des cris de douleur, et pendant la miction l'urine passait par les fistules périnéales en jet très-fin. Je lui introduisis des bougies fines et des bougies exploratrices terminées par un renflement en forme d'olive, par les moyens desquelles je reconnus l'existence de trois rétrécissements: un à deux centimètres du méat et deux très-près de la région du bulbe. J'opínai qu'il fallait opérer

Le 20 mars je vis le malade en présence des Drs Vidal et Pimentel. La bougie conductrice ne pénétrait pas, et ce n'est qu'après une demi-heure de tâtonnements, que je pus introduire une bougie très-fine, le nº 1, que je laissai jusqu'au lendemain, lui substituant la bougie nº 4 que je remplaçai le jour suivant par celle nº 9.

Le 24 je pus introduire le cathéter cannelé de l'urétrotome, effectuant ainsi la section des trois rétrécissements. Après quoi, je plaçai une sonde creuse, ouverte à ses extrémités. Mais la lumière de cette sonde était tellement obstruée par des caillots sanguins, que même par des injections d'eau

tiède je ne pus rien obtenir. Je la retirai alors, et enfin, avec une bougie très-fine, de 80 centimètres de longueur, j'introduisis une sonde qui laissait sortir l'urine. Quoique le malade expulsât l'urine entre la sonde et les parois de l'urètre avec violence, il ne se produisit pas de frissons.

Trente six heures après, j'enlevai la sonde, et aujourd'hui, le malade se trouve en très-bon état. Il souffre encore cependant chaque fois qu'il urine et la miction qui avait lieu avant, chaque cinq minutes, n'a lieu maintenant que chaque demi-heure. Après l'opération, il se déclara une épididymite à gauche, mais le malade assure que la douleur avait commencé avant l'opération.

Un mois plus tard, guérirent les fistules périnéales, mais la cystite persistait. A la fin de juin, le malade avait encore de fréquentes envies d'uriner, il le faisait cependant avec la plus grande facilité et sans éprouver les douleurs qu'il ressentait auparavant.

5e CAS—Le malade est un ouvrier âgé de de 30 ans environ, nommé Juan Amoroso et domicilié rue Rio Negro numéro 223.

Il urinait chaque quart d'heure poussant des cris de douleur; il souffrait en outre d'une incontinence d'urine.

Le 14 avril, je lui introduisis une bougie nº 1, que je remplaçai le lendemain par une nº 2, et ainsi successivement chaque jour, jusqu'à arriver au nº 8.

Le 24 du même mois, il vint chez moi, il pouvait à peine marcher et était très-effrayé en m'annonçant que la sonde s'était brisée dans le canal de l'urètre. Par le fragment de la sonde qu'il me remit et après examen avec une pince, je constatai que l'extrémité du fragment qui était resté dans le canal se trouvait un peu en avant du bulbe. Je résolus de l'extraire, mais la sonde se brisait chaque fois que je la saisissais avec la pince et la muqueuse saignait avec abondance. Je me vis donc obligé de retarder au lendemain la continuation de ce travail. Je me rendis en effet chez le malade

qui urinait entre la sonde et les parois de l'urètre, mais j'obtins le même résultat. Que faire?

Vu le peu de résultat que j'obtenais par ce moyen, à cause de la mauvaise qualité de la sonde, je me pourvus d'une pince à corps étrangers de la vessie, de divers litrotriteurs et d'un urètrotome. J'essayai de tous les lithotriteurs qui pénétraient dans le canal, et enfin, avec le Dr P. Regules, je pratiquai l'opération.

La bougie conductrice ne pénétrait pas. J'obtins son introduction après plusieurs tâtonnements. Alors je la vissai au cathéter cannelé que j'introduisis également. Mais en faisant l'urétrotomie et lorsque je retirai l'instrument, je m'aperçus avec surprise et en même temps, je l'avoue, avec satisfaction, que la bougie conductrice avait passé par la lumière de la sonde dont la portion urèthrale s'était brisée. Le morceau de sonde extraite avec la bougie était de 0,04 centimètres environ.

La sonde que j'introduisis aussitôt fut laissée pendant 36 heures. Tout se passa parfaitement, et aujourd'hui (1er Juillet), M. Amoroso est complètement guéri, après avoir expulsé peu à peu les petits fragments de sonde qui restaient encore dans la vessie.

Réflexions—J'ai vu pratiquer un grand nombre d'urétrotomies à Paris et à Londres, et j'ai lu tous les ouvrages qui traitent de ce sujet. Aujourd'hui je possède une grande pratique de cette opération, et plusieurs faits ont appelé mon attention.

Comme je l'ai déjà dit, j'ai été surpris de la fréquence des rétrécissements dans l Amérique Méridionale, ainsi que de l'entêtement des malades à ne consulter le chirurgien que lorsque l'urine sort goutte à goutte ou lorsqu'ils sont torturés par d'horribles douleurs.

Contrairement à ce qui se produit dans les climats tempérés de l'Europe, ici, généralement, il est impossible de pratiquer l'opération dès la première consultation, car si la bougie conductrice passe, le mandrin cannelé ne passe pas.

Je connais des collègues qui passent par dessus si peu de chose; ils compriment, déchirent l'urètre et font aussitôt l'opération dans la croyance que le traumatisme produit par le cathéter se confond avec celui de la lame de l'urétrotome. Selon ma manière de voir, je préfére dilater graduellement l'urètre; je n'aime pas produire des lésions dans ce canal, ni avec les sondes ni avec n'importe quel instrument.

Je traiterai encore un autre point important dont je destine les observations aux médecins qui ne possèdent pas encore une pratique suffisante.

Les auteurs ne parlent pas du degré de force qu'il faut employer pour inciser le point rétréci avec la lame de l'urétrotome. Il faut savoir cependant, que dans certains cas, comme le troisième de cet article, on a besoin d'une force réellement considérable. Pendant que je faisais des efforts pour diviser le rétrécissement, je me souvenais avec émotion du fait arrivé à un Brésilien que j'ai opéré à Rio de Janeiro, et qui me raconta qu'un chirurgien en lui pratiquant l'urétrotomie, lui fit sortir la lame de l'instrument par l'anus. Pour éviter les accidents de cette espèce, j'ai le soin, avant d'opérer, de me pourvoir d'un bon urétrotome et de vérifier son fonctionnement.

Montévidéo le 8 Juillet 1884.



TROISIÈME PARTIE

QUELQUES OBSERVATIONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OBSERVATION XIV

Opération du goitre (Tryroidectomie)

Par le Dr. J. A. Fort à Rio de Janeiro.

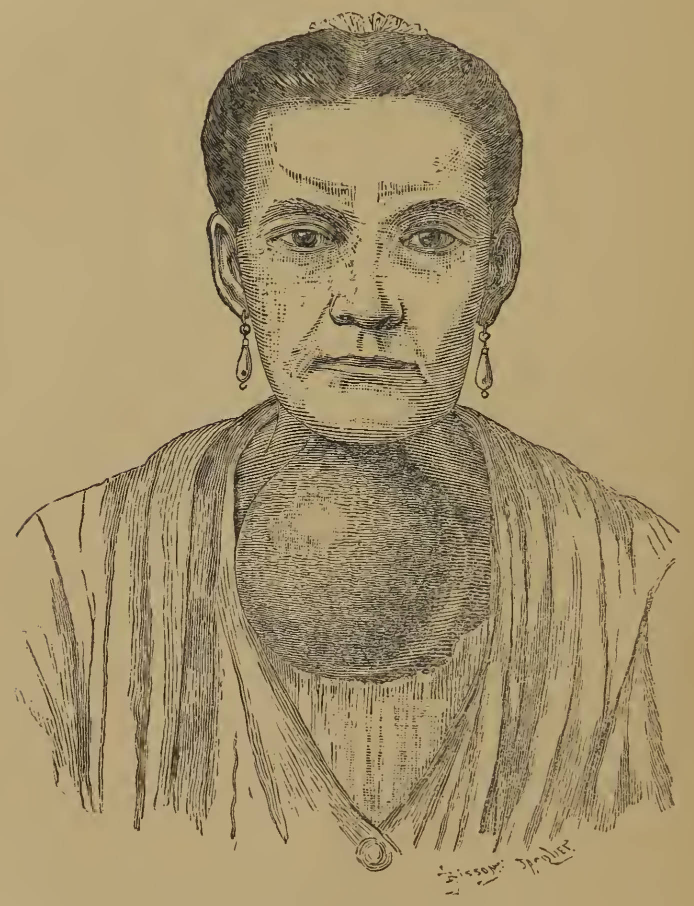
Mme Maria Candida de J..., âgée de trente-deux ans, vient me consulter dans le courant du mois d'août pour une tumeur énorme qu'elle porte au cou et dont le poids la force à marcher la tête inclinée. La tumeur parfaitement arrondie, a le volume de la tête; son point d'implantation au cou s'étend de haut en bas depuis le sillon situé au-dessous du menton jusqu'au haut de la poitrine, et en travers d'un côté à l'autre du cou; cette base d'implantation mesure 16 centimètres en hauteur et 14 en largeur.

La tumeur avait commencé à paraître à l'âge de 13 ans; elle était donc âgée en ce moment de dix-neuf ans. Malgré cela, l'aspect arrondi de la tumeur et la présence manifeste d'un liquide me firent espérer qu'on obtiendrait une grande amélioration en le vidant, sauf à recourir plus tard à l'extraction des parois de cet énorme kyste, opération certainement très grave.

Le 18 septembre, j'ai vidé la tumeur au moyen de l'aspiration, avec l'aide de mes confrères les docteurs Cunha Pinto et Poncy. J'ai extrait environ un litre d'un liquide très épais, de couleur chocolat, renfermant principalement une grande quantité de sang et de cholestérine. Mais l'affaissement des parois de la poche a été incomplet vu l'épaisseur de ces parois. Je me suis bien gardé d'injecter de l'iode dans la

poche, craignant l'inflammation, et on va voir que j'ai agi sagement.

Le lendemain et les jours suivants, la poche s'est remplie

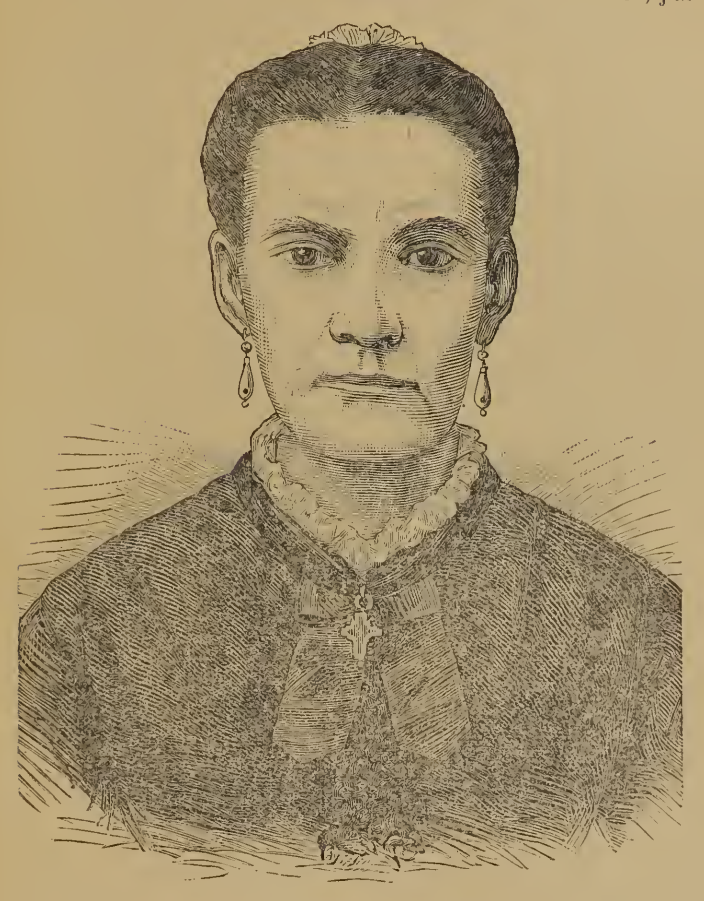


La malade avant l'opération

de sang pur; elle est devenue aussi volumineuse qu'avant l'opération, et, de plus, les parois se sont enflammées. J'ai calmé les symptômes inflammatoires par des moyens appro-

priés et j'ai procédé ensuite à l'extirpation de la tumeur: j'ai pratiqué la *thyroïdectomie*.

Le 26 septembre 1881, la malade étant chloroformisée, j'ai



La malade après l'opération

enlevé la tumeur, ne laissant que la peau nécessaire pour faire la suture et enlevant autant que possible la totalité du goître. La paroi de la tumeur mesurait de 3 ½ à 4 centimè-

tres d'épaisseur, elle contenait une quantité considérable d'artères, comme cela s'observe ordinairement dans les tumeurs du corps thyroïde. Il m'a fallu lutter longtemps contre l'hémorragie, dont j'ai fini par me rendre maître au moyen des procédés d'hémostase connus.

La tumeur extirpée, j'ai réuni les deux bords de la plaie, j'ai appliqué le pansement de Lister et la plaie a marché admirablement vers la guérison. Le 18 octobre, la malade sort de la maison de santé entièrement guérie.

(*Gazette des Hôpitaux*, 19 Avril 1884)

OBSERVATION XV

Autre opération de goitre (Thyroidectomie)

Par le Docteur J. A. Fort

Mme Augustine Keller, âgée de 37 ans, allemande, d'un tempérament nerveux, habitant la province de Saint Paulo (Brésil), s'est présentée à ma consultation le 7 Janvier 1883 après m'avoir consulté par écrit sur sa maladie.

Le 8, j'ai examiné minutieusement la malade, la trouvant un peu anémique; et le jour suivant, 9, elle a été opérée.

L'état de la patiente avant l'opération est le suivant: l'hypertrophie du corps thyroïde date de 5 à 6 ans. Avant la mort du regretté professeur Broca, Mme Keller qui était alors préceptrice dans la famille Lugol, avait consulté le maître qui lui avait conseillé un traitement médical. Depuis cette époque jusqu'à ce jour la tumeur a augmenté considérablement et constamment, à tel point qu'elle désire se faire opérer ou mourir plutôt que de conserver une si grande difformité.

L'état général est bon, la tumeur est très-dure et couvre la partie interne de la clavicule et la base du sternum; à gauche elle s'étend jusqu'aux vaisseaux du cou desquels on parvient à la séparer avec les doigts. A droite elle est plus volumineuse, la carotide bat contre la tumeur. Il est impossible de distinguer la pomme d'Adam.

La malade est émue au suprême degré parce qu'elle se considère comme incurable; nous essayons de l'encourager sans toutefois laisser de lui faire comprendre le genre d'opération qu'elle va subir et les dangers qu'elle peut courir.



La malade avant l'opération

«Quelle que soit l'opération, dit-elle, je mets en vous toute «ma confiance, opérez-moi quand vous le croirez conve-«nable».

Je craignais que la tumeur ne fut adhérente à la trachée et aux vaisseaux du cou; si ces adhérences eussent existé, il est évident que pendant l'opération le travail eut été très-laborieux et compliqué.

Les raisons qui m'ont porté à croire que la tumeur n'était pas adhérente sont celles-ci: 1° elle est mobile dans le sens vertical dans une étendue de un centimètre et demi; 2° l'index de la main gauche étant placé derrière la langue, on ne peut pas sentir l'épiglotte quand on fait remonter la tumeur. L'épiglotte aurait été inévitablement touché si le larynx et la trachée avaient été élevés; 3° les carotides restaient immobiles quand on mouvait la tumeur verticalement; 4° on devait supposer que la même chose devait arriver avec la jugulaire interne, qui est située dans la même gaîne que la carotide; 5° de plus en soulevant la tumeur par son bord inférieur on sentait que les doigts passaient un peu en arrière.

Le 8, la patiente après avoir été photografiée entra dans la maison de santé des Docteurs Cunha Pinto et Montero de Azevedo et fut opérée le 10 avec le concours des Drs Cunha Pinto et Poncy et des étudiants Chapot-Prevost et Nunes Pereira Mariano.

La malade étant chloroformisée, je fis une incision verticale et médiane depuis le milieu de la région sus-hyoïdienne jusqu'à 2 centimètres au-dessous de la fourchette du sternum. J'enlevai une partie de la peau et avant de faire une seconde incision horizontale. je pénétrai jusqu'à la tumeur que j'abordai avec assez de facilité.

La peau était assez élastique pour ne pas obliger à pratiquer une seconde incision. Je disséquai lentement la tumeur, en découvrant en premier lieu le lobe gauche. Je disséquai ensuite sa face profonde. Immédiatement après, j'attaquai le lobe droit qui était un peu adhérent à la carotide primitive et à la jugulaire interne. Je parvins à séparer la tumeur des vaisseaux sanguins avec assez de difficulté.

A chaque instant je rencontrai des vaisseaux veineux et artériels que je tordais ou comprimais sans pratiquer une seule ligature. Du côté gauche uniquement j'ai été obligé de couper transversalement une partie du sterno-clïdo-mastoïdien et la veine jugulaire externe dont j'ai lié le bout supérieur.

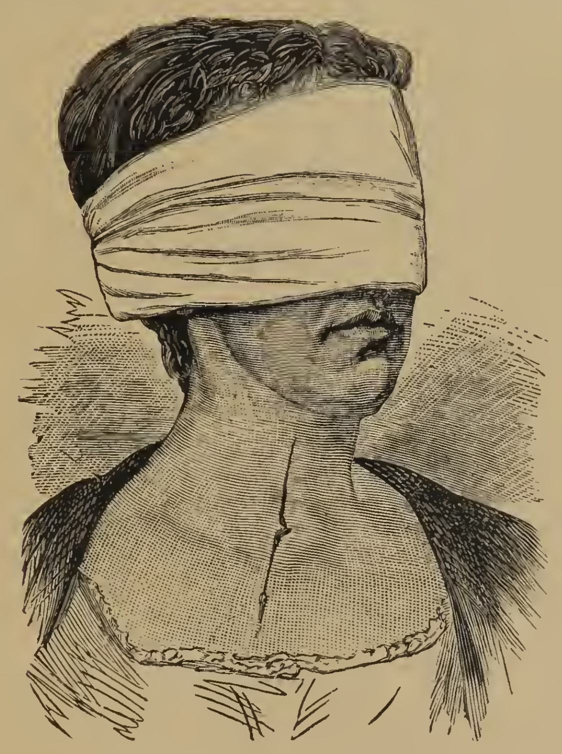
Toute l'opération, inclus le pansement, dura une heure.

Après avoir extrait la tumeur j'ai procédé à l'hémostase, et j'ai lavé la blessure avec de l'eau phéniquée à 4 p %.

J'ai appliqué ensuite 14 points de suture avec du fil d'argent, en ayant soin de drainer la plaie.

J'ai renouvelé le pansement le même jour à 4 heures, constatant chez la malade une température de 37° ½ et 90 pulsations.

Le 11, 2 pansements, 38° de température et 90 pulsations.



La malade après l'opération

Comme aliment, bouillon et eau. La malade conserve encore les vomissements chloroformiques depuis l'opération.

Le 12, un pansement: T. 38; P. 84; bouillon et œufs.

Le 13, un pansement: T. 37 ½; P. 80; aliments solides à volonté.

Le 14, un pansement: T. 37; P. 72; j'enlève la moitié des fils.

Le 15, la malade se lève pour être pansée, j'enlève les derniers fils.

Le 16, la malade se lève pendant quelques heures.

Le 17, la réunion est complète. La malade sort ce même jour de la maison de santé.

Le 18, elle se fait photographier et elle fait elle-même le pansement.

Le 1er février, elle est complètement rétablie et la plaie est cicatrisée dans toute son étendue. Comme on le voit, la réunion immédiate s'est effectuée rapidement, à tel point que la patiente a pu sortir de la maison de santé 8 jours après l'opération.

Pour extraire une tumeur de 450 grammes il a fallu faire une excavation très-grande et contondre une grande étendue de tissus sains.

La malade était anémique et faible. La température atmosphérique était à 36° centigrades, ce qui est excessif même au Brésil, et pourtant le résultat a été admirable et la réunion s'est faite en trois jours.

J'attribue ce succès à deux causes: 1° à l'absence de ligatures, pour ainsi dire, pendant l'opération; 2° à l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique.

OBSERVATION XVI

Anévrisme spontané de la carotide primitive gauche; ligature de l'artère; guérison.

Par le Dr. J. A. Fort, à Rio de Janeiro.

José Vicente G....., quarante-deux ans, cafetier, à Rio de Janeiro, entré le 13 juin 1881 à la maison de santé de Sainte-Thérèse.

Le malade porte à la partie inférieure gauche du cou une tumeur du volume d'une petite orange. Elle présente tous les symptômes d'un anévrisme, mais le bruit de souffle y fait défaut.

La tumeur est située à la partie interne de la clavicule gauche; elle soulève le bord interne du sterno-mastoïdien. Elle est aplatie et son diamètre est de 5 centimètres environ. La saillie de la tumeur peut être évaluée à une hauteur de 2 centimètres. Elle masque la partie interne de la clavicule gauche, la fourchette sternale, et atteint presque la clavicule droite. Elle est séparée du bord supérieur du cartilage thyroïde par un intervalle de 5 centimètres.

Le pouls temporal et le pouls facial sont diminués du côté de la tumeur. Le pouls radial est le même des deux côtés. Les régions sus-claviculaire et sous-claviculaire présentent de l'empâtement.

La tumeur est le siège de douleurs spontanées qui se propagent vers l'épaule gauche, surtout en arrière. Une dyspnée très-violente se montre à intervalles irréguliers, principalement la nuit; elle s'accompagne d'une suffocation extrême qui ne peut être calmée que par des injections hypodermiques de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le cœur et l'aorte sont sains.

Le malade tousse, il expectore des mucosités. Il a maigri. Des râles sous-crépitants existent dans toute l'étendue des poumons. Avant l'apparition de la tumeur, il était traité pour une affection pulmonaire. En présence de ces circonstances, je me pose, sans la résoudre, la question de tuberculisation pulmonaire.

Début.—Le malade affirme qu'il ne s'est aperçu de la présence de la tumeur que depuis le 7 juin, cinq jours avant son entrée. La tumeur fait des progrès tels, qu'il réclame instamment, et sans aucun retard, l'opération.

Opération.—Celle-ci est pratiquée le 19 juin, en présence des docteurs Andrade, Thomas Coelho, Poncy, Cunha Pinto, Alfredo Guimaraès, Malaquies, Hilario de Gouvea, et d'un

certain nombre d'étudiants en médecine. Je lie la carodite primitive gauche, près de sa bifurcation par la méthode de Brasdor. Le malade étant chloroformé, je fais la ligature par le procédé classique, au moyen d'un fil de catgut nº 4, avec une modification que j'ai cru devoir apporter dans le but de ralentir la circulation cérébrale du même côté avant de la supprimer complètement. Voici comment j'ai procédé: après avoir passé le fil au-dessous de l'artère, je l'ai serré d'abord modérément, m'assurant que le sang passait dans l'artère en bien moins grande quantité. Au bout de cinq minutes seulement, j'ai fait la constriction complète du vaisseau. Les choses se seraient peut-être passées de la même manière si je n'avais pas fait cette ligature en deux fois, mais il n'est pas possible de l'affirmer.

Suture au fil d'argent. Pansement de Lister très-rigoureux.

Suites—19. Le soir de l'opération, rien de particulier. P. 88. T. 37,5. Pouls temporal et pouls facial supprimés du côté de la ligature. Le côté correspondant de la face est sensiblement moins coloré et moins chaud.

20. P. 108. T. 38,5. Le malade a toussé, mais l'oppression et les accès de suffocation ont complètement disparu depuis le moment de l'opération. Le matin, 5 centigrammes d'extrait d'opium; le soir, une potion avec 20. grammes de sirop de morphine.

21. P. 105. T. 37,8. Transpiration extrêmement abondante. La tumeur n'a subi aucune modification.

22. P. 108. T. 37,5. Rien à noter.

23. P. 96. T. 37:6. Même état.

24. P. 100. T. 37,6. Le malade peut s'asseoir. La plaie se cicatrise. Il se dévoloppe un *œdème* considérable dans toute l'étendue du membre supérieur du côté malade. Les battements de la tumeur sont les mêmes. La toux se calme. Depuis le jour de l'opération, le malade a été alimenté avec des bouillons et des potages.

25. P. 96. T. 37,2. La tumeur semble diminuer. L'œdème est stationnaire.

26. P. 98. T. 37,6. La tumeur diminue de hauteur, mais elle

paraît s'étendre au côté droit du cou. Œdème des pieds et des régions malléolaires.

27. P. 100. T. 37.4. L'œdème augmente. La tumeur anévrismale semble s'étendre davantage à droite.

29, 30. P. 100. T. 37,5. La plaie de la ligature est complètement cicatrisée depuis quatre jours. L'œdème augmente, il y a de l'ascite. Le membre supérieur droit et le côté droit de la face s'infiltrent également.

Les urines sont normales, le cœur est sain. Cet œdème m'inquiète énormément, je n'en saisis pas le mécanisme. Je le rapporte à un trouble circulatoire occasionné par la portion intra-thoracique de la tumeur. Je sens cependant que la tumeur ne peut expliquer ni l'ascite ni l'œdème des membres inférieurs. C'est un symptôme étrange que je m'applique à noter avec soin.

1er *Juillet.* Malgré l'œdéme, le malade a passé la journée et la nuit hors de la maison de santé.

2. Même état. La tumeur diminue. La tuméfaction du côté droit du cou diminue également.

Les jours suivants, tout rentre dans l'ordre. Sous l'influence d'une médication diurétique et sudorifique, peut être spontanément, l'œdème diminue insensiblement, la tumeur s'affaisse de plus en plus.

Le 8 août, je considère le malade comme guéri et je le présente à l'Académie de médecine de Rio de Janeiro. Il reprend ses occupations. Pendant un certain temps on pouvait percevoir encore des battements en arrière de la fourchette sternale, mais aujourd'hui, 8 septembre, il ne reste absolument aucune trace fonctionnelle ou physique de la tumeur anévrismale.

Si l'on consulte l'article *Carotide* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par le professeur Léon Le Fort, on lit que la ligature de la carotide primitive par la méthode de Brasdor n'a été pratiquée que neuf fois, en Europe, une fois à New-York, et que la guérison n'a eu lieu, d'une manière certaine, que trois fois.

Le 5 novembre 1879, M. Delens a pratiqué une opération identique à celle qui fait le sujet de cette observation. La relation de de cette opération se trouve dans les *bulletins de la Société de chirurgie*, t. V, p. 228 et t. VI, p. 229.

Le cas de M. Delens est le quatrième cas de guérison d'un anévrysme carotidien traité par la ligature (méthode de Brasdor), mon malade sera le cinquième, á moins qu'il n'existe quelque cas qui me soit inconnu.

L'opération que j'ai pratiquée pour cet anévrysme a soulevé de nombreuses protestations dans le corps médical de Rio de Janeiro. On a prétendu qu'elle avait été faite un certain nombre de fois dans ce pays, on a prétendu également que la statistique de M. Léon Le Fort est incomplète. Je dois déclarer que tous les cas qu'on m'a cités sont des cas différents, à l'exception d'un seul cependant dont je ne possède pas la copie. Ce serait un cas de ligature faite, il y a près de quarante ans, par un chirurgien du nom de Bompain. L'observation se trouve dans les *Archives générales de médecine*, année 1847. Nous savons tous avec quels soins M. Le Fort fait ses statistiques; il compulse toutes les observations et il n'accepte que celles qui lui paraissent authentiques.

Le diagnostic de l'anévrysme carotidien avait été fait par la plupart des médecins qui ont assisté à l'opération.

(*Gazette des Hôpitaux*, 8 Août 1882)

OBSERVATION XVII

Cure radicale d'une hernie inguinale par l'ablation du sac et le resserrement de l'anneau inguinal; guérison.

Par le Dr. J. A. Fort, a Rio de Janeiro

Horacio de O....., vingt-deux ans, employé, porte un entéro-épiplocèle inguinal gauche du volume d'un œuf de din-

de. Le bandage maintient mal sa hernie, il me demande de l'en débarrasser, à cause des douleurs insupportables qu'il ressent.

L'opération à lieu le 22 juillet 1881. Le malade étant chloroformisé, je fais une incision oblique de huit centimètres de long du cordon spermatique et dépassant en haut l'anneau inguinal de trois centimètres.

Les organes traversant l'anneau sont mis à nu; la hernie est réduite avec soin. Le sac est soulevé et lié près de l'anneau inguinal avec un fil de catgut nº 4. Puis il est excisé. Un autre fil est passé en dedans et en dehors des piliers de l'anneau inguinal que j'ai rapprochés par un fort nœud, de manière à rétrécir l'anneau. J'ai fait ensuite la réunion des lèvres de la plaie dans l'espoir d'obtenir une réunion immédiate. Pansement antiseptique.

Le surlendemain, le scrotum est tuméfié et rouge, le malade a une légère réaction fébrile.

Le 25, la fièvre est tombée, le malade prend de la nourriture.

Le 26, il n'y a plus de fièvre, le scrotum a diminué.

Les jours suivants se passent sans fièvre, le malade garde le lit, mais il se nourrit comme en état de santé.

Le 1er août, il se lève, il est complètement guéri; à la place de l'incision il ne reste plus qu'une ligne cicatricielle.

(*Gazette des Hôpitaux*, 10 octobre 1882)

[Ce cas a été omis dans la thèse d'agrégation de Paul Segond, 1883].

OBSERVATION XVIII

Ablation d'un cancer de l'estomac

Par le Dr. J. A. Fort, à Rio de Janeiro

Au mois d'octobre 1881, je suis consulté par Mme A..., de Rio de Janeiro, me suppliant de lui pratiquer une opération pour la débarrasser d'une tumeur abdominale. Cette femme avait tous les symptômes fonctionnels et physiques d'un cancer de l'estomac. Elle était extrêmement maigre et la tumeur

était visible à l'œil nu. On pouvait suivre les mouvements d'ascension et de descente que lui imprimait le jeu de la respiration. A travers la paroi abdominale très-mince, on mesurait facilement cette tumeur, qui avait 8 centimères environ en travers et 6 de haut en bas.

La tumeur étant située immédiatement au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, et se trouvant très-éloignée du foie, j'ai supposé qu'elle siégeait sur la paroi antérieure de l'estomac et j'ai accédé au désir de la malade.

Le 9 novembre 1881, la malade étant chloroformée, je me prépare à faire l'opération dans la maison de santé de Santa-Theresa. J'incise la paroi abdominale et, la cavité abdominale ouverte, je constate que le cancer stomacal occupe une partie de l'estomac et la région pylorique.

A cette époque, je n'avais pas encore eu connaissance des opérations de cancer de l'estomac pratiquées par Billroth, Rydygier, Lausenstein, Ledderhose et Nycolaïsen. J'étais bien tenté de faire l'ablation du cancer, mais craignant d'être taxé de témérité, je laissai la tumeur en place et fis la suture de la paroi abdominale. La plaie guérit en sept jours. Le neuvième jour la malade quittait la maison de santé. Cette *incision exploratrice* fut pratiquée en présence des docteurs Baron de Cattete, Andrade, Cunha Pinto, Alfredo Guimaraês et Poncy.

Quelques mois après, la malade me fit appeler de nouveau; elle vomissait absolument tout ce qu'elle prenait, elle était encore plus maigre et extrêmement faible. Elle me supplia de lui faire l'opération. J'avais lu alors la description des opérations pratiquées en Allemagne pour l'ablation du cancer de l'estomac, et, enhardi par le succès de Billroth, je pratiquai l'opération le 17 avril 1882, au domicile même de la malade. Il était évident que la tumeur avait un peu augmentée de volume.

La paroi abdominale étant incisée, j'arrive sur l'estomac que j'incise circulairement à gauche de la lésion; au moyen des pinces hémostatiques, je préviens toute hémorrahagie. J'enlève également la deuxième portion du duodénum. La

tumeur cancéreuse adhérait en arrière au pancréas, à la veine-porte et aux autres organes du pédicule hépatique. La dissection en a été très-laborieuse et s'est terminée très-heureusement. Je dirai la même chose au sujet d'adhérences de la tumeur avec le colon transverse. De nombreux ganglions dégénérés, et situé aussi bien dans le petit épiploon que dans le grand épiploon, ont été enlevés avec la tumeur.

Après l'ablation de la masse cancéreuse, qui pesait 300 grammes, il s'agissait de suturer l'estomac et le duodénum divisés, c'est-à-dire une circonférence très-grande avec une très petite. Pour réduire la circonférence de l'estomac divisé, jai enlevé à cet organe un lambeau triangulaire dont le sommet correspondait au grand bord de l'estomac et la base au point sectionné. Puis j'ai réuni les deux bords de cette solution de continuité. Il a été ensuite très facile de rapprocher l'estomac du duodénum.

J'ai maintenu béant ce dernier org.ne en y introduisant un fragment de grosse canule rectale en caoutchouc. J'ai réuni la partie postérieure de la section du duodénum avec celle de l'estomac en adossant les séreuses et en faisant des points séparés. Le reste des sutures a été fait d'après le procédé de Gély.

L'adossement s'est fait parfaitement. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Malheureusement l'opération a duré deux heures. J'ai déjà dit à quel degré d'affaissement était parvenue la malade; elle a succombé peu de temps après l'opération, sans avoir pu être réveillée.

L'opération a eu lieu en présence des docteurs Andrade, Barros Henrique, Poncy, Samico et Rocha, qui ont bien voulu mettre leur savoir à ma disposition dans le cours de l'opération.

Pour moi, je déclare que l'opération du cancer de l'estomac est une opération faite à l'aveugle, parce que le chirurgien ne peut pas juger avant l'opération du nombre des ganglions. Dégénérés dans le cas actuel, ces ganglions s'étendaient si loin dans l'épaisseur des épiploons que

eur ablation totale était impossible. En admettant que 'opération eût réussi, une récidive très-prochaine était certaine. Je considère les deux cas de succès de Billroth comme des cas heureux et absolument indépendants du tat chirurgical que peut déployer le chirurgien avant l'opération. Mais n'est-on pas autorisé à tenter cette seule chance d'espoir sur un malade voué à une mort certaine?

(*Gazette des Hôpitaux*, 24 octobre 1884.)

OBSERVATION XIX

Nécrose du frontal; extracrion du séquestre; mise à nu des membrenes du cerveau; guérison.

Par M. le Dr. J. A. Fort, à Rio de Janeiro

Le 8 juin 1881, les docteurs Continentino Junior, directeur de l'hôpital de Saint-Jean-Baptiste de Nitherohy, et Andrade, chirurgien du même hôpital, me montrèrent une malade portant au-dessus et à droite du front une large fistule suppurant abondamment. Le pus était animé de battements isochrones aux pulsations artérielles. Le stylet arrivait sur une surface osseusse dénudée et rugueuse. La maladie datait de cinq mois.

Ayant déclaré qu'une opération seule pouvait guérir cette malade, je fus prié de fixer un jour.

Le 13 juin, la malade fut chloroformée. Après avoir rasé la partie antérieure du cuir chevulc, je fis une incision cruciale; dont la partie horizontale mesurait quatorze centimètres, s'étendant d'une région temporale à l'autre et dont la partie verticale, étendue de la racine du nez à la fontanelle antérieure, mesurait environ treize centimètres. Ces incisions furent faites en plusieurs temps, à mesure qu'il était nécessaire de découvrir une nouvelle portion d'os malade. Un grand nombre d'artères furent divisées; l'hémostase offrit quelques difficultés.

La portion d'os malade occupait le centre du frontal, dépassait la ligne médiane à gauche, s'étendait en hauteur depuis le sinus frontal jusqu'à la suture fronto-pariétale et gagnait à droite la partie antérieure de la fosse temporale.

L'os malade a un aspect rougeâtre; ce sont des granulations situées dans l'épaisseur et au-dessous de l'os, qui font saillie à travers les orifices dont la surface osseuse est criblée.

Avec la rugine, j'écarte le périoste et je constate que les granulations ainsi que la surface osseuse sont très molles. J'enlève une couche osseuse et des bourgeons charnus dans une étendue de plus de cinquante centimètres carrés et dans une épaisseur relativement considérable. J'avançai toujours en ruginant et en détruisant jusqu'à ce que je sentis un séquestre se mouvoir sous mes instruments. Je le saisis avec des pinces; il était composé d'une pièce principale de dix centimètres carrés et de petits fragments accessoires qui s'étaient séparées. Les parties nécrosées avaient l'épaisseur d'un frontal ordinaire et étaient évidemment formées par l'os ancien.

Le séquestre enlevé, je constatai, non sans émotion, que la dure-mètre était à nu. Les médecins de l'hôpital, présents à l'opèration, purent constater la dénudation de cette membrane.

Je continuai à enlever toutes les parties malades et je détachai quelques bourgeons charnus qui s'étaient insinués entre le frontal et la dure-mère. Je raclai la surface de la dure-mère et, les bourgeons charnus étant enlevés, je réunis les bords des incisions par vingt-deux points de suture avec du fil d'argent, espérant une réunion par première intention.

Le pansement antiseptique de Lister a été employé dans toute sa rigueur. Il n'y eut pas un instant de fièvre. La malade fut alimentée depuis le premier jour avec des aliments solides. Les fils furent enlevés le neuvième jour.

La partie droite de la suture horizontale s'ouvrit pour laisser passer un peu de pus fourni par les bourgeons charnus qui n'avaient pu être enlevés pendant l'opération.Ce trajet fistu-

leux diminua peu à peu; il est resté un tout petit pertuis fistuleux d'où sort un peu de sérosité purulente. Mais la guérison est complète.

Encore un triomphe du pansement de Lister.

(*Gazette des Hopitaux*, 7 Décembre 1882)

OBSERVATION XX

Rétrécissement du rectum.—Rectotomie externe.—Guérison

Par le Docteur Fort à Rio de Janeiro

Madame Avelar, 67, rua Primeiro de Março, à Rio de Janeiro, porte un rétrécissement du rectum depuis un grand nombre d'années. La malade ne va à la selle qu'au moyen de lavements; elle rend une certaine quantité de pus et de sang, et elle éprouve des douleurs violentes dans la région du rectum.

Le rétrécissement est visible à l'œil nu, lorsqu'on écarte suffisamment les bords de l'anus. Il est situé à un centimètre et demi au-dessus de l'orifice anal. Son calibre est très-petit et admet à peine une sonde n°. 20 de la filière Charrière. La malade attribue sa maladie à un purgatif extrêmement violent qu'elle prit autrefois. Elle a toujours souffert depuis.

L'opération est décidée et pratiquée le 17 août 1882.

Aidé des Drs J. M. de Andrade et Rocha, je pratique la rectotomie externe selon le procédé de Panas qui m'avait déjà donné de bons résultats dans une circonstance.

J'incise les parties molles au moyen du thermo-cautère, en arrière de l'anus et sur la ligne médiane dans une étendue de deux centimètres. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le sphincter externe sont d'abord divisés. Je divise ensuite le rétrécissement qui était formé par une sorte d'anneau en forme de valvule. Aussitôt après la section de cet anneau, le rectum s'est considérablement élargi. Inutile de

dire que la division n'a porté que sur une partie de l'épaisseur de la paroi rectale et que la tunique musculaire de cette portion de l'intestin est restée intacte.

La malade avait été chloroformée.

Comme pansement, j'emploie une mèche phéniquée, des lavages phéniqués deux fois par jour et un bandage pour maintenir la mèche.

Août 21. Ni douleurs, ni fièvre. Aliments laissant peu de résidus: bouillon, lait, œufs.

La malade prend dix centigrammes d'extrait thébaïque tous les jours pour empêcher les évacuations.

Je supprime la mèche, je laisse le bandage en place et je continue à laver deux fois par jour avec l'eau phéniquée. Il s'écoule toujours du pus des parois rectales au-dessus du point opéré.

Août 22. La plaie faite avec le thermo-cautère s'étend un peu du côté de la peau; elle n'a pas de tendance à la cicatrisation. Elle est couverte d'une membrane grisâtre, c'est de la pourriture d'hôpital.

Pansement à l'huile phéniquée. Potion au quinquina. Poudre de quinquina sur la plaie.

Août 23 et 24. L'ulcération s'étend encore du côté de le peau. Pansement au jus de citron.

Août 26. Dans la nuit, il s'est ouvert probablement un abcès des parois du rectum, car il est sorti une grande quantité de pus. La gangrène moléculaire des bords de la plaie paraît s'arrêter. La langue est saburrhale. Néanmoins la malade s'alimente. Il n'y a pas de fièvre.

Septembre 1er. La cicatrisation est manifeste.

Septembre 4. Amélioration.

Septembre 12. La malade est guérie. Cependant je constate la présence d'un second rétrécissement, moins serré que celui de l'opération, à six centimètres au-dessus de l'anus.

OBSERVATION XXI

Rétrécissement du rectum. Rectotomie externe. Guérison.

Par le Dr. J. A. Fort à Rio de Janeiro.

Rosa Fereira, 76 rua do Nosso Senhor dos Passos, a 24 ans; elle est célibataire. Elle fait remonter le début de la maladie à six ans. Le rétrécissement a fait des progrès incessants et aujourd'hui il ne peut admettre l'extrémité de l'index.

La nature du rétrécissement paraît douteuse. La malade dit qu'elle a eu un chancre un an avant l'apparition du rétrécissement, mais les renseignements qu'elle donne ne s'accordent pas parfaitement avec ceux d'une évolution syphilitique.

Le rétrécissement est situè à 6 cent. au-dessus de l'anus; il paraît formé par une valvule. Au-dessus du point rétréci la muqueuse rectale est ulcérée sur une étendue de six centimètres carrés.

La malade est opérée le 26 août 1882.—Chloroforme.

J'incise avec le bistouri la peau dans une étendue de deux centimètres, le sphincter externe et le rétrécissement. L'index et le médius passent librement. L'incision n'intéresse pas toute l'épaisseur de la paroi du rectum. Peu de sang. Pansement avec l'eau phéniquée. Mèche dans la plaie.

Chaque jour la mèche est renouvelée. Lavages à l'eau phéniquée.

Le 29, la mèche est enlevée.

Les jours suivants, lavages et maintien d'un tampon de coton phéniqué au moyen d'un handage.

Le 5 Septembre, guérison.

OBSERVATION XXII

Rétrécissement du rectum; rectotomie externe; mort; autopsie

Par ie Docteur J. A. Fort à Montévideo

En novembre dernier, je reçois la visite d'un jeune homme de vingt-cinq ans, à physionomie sympathique, qui vient me demander à être opéré d'un rétrécissement du rectum.

José M..., c'était son nom, me raconta qu'il souffrait depuis cinq ans environ. Plusieurs médecins l'avaient examiné et lui avaient conseillé l'opération. Le Dr. Testasecca l'avait opéré, il y a trois ans, d'une manière incomplète probablement, car son état n'avait pas été amélioré. Il s'était fait fabriquer, sur le conseil des médecins, des morceaux de bois de différentes dimensions au moyen desquels il se faisait lui-même la dilatation. Le plus petit, qui n'égalait pas le volume du petit doigt, ne pouvait plus passer à travers le rétrécissement. Le malade souffrait, il ne vidait son intestin qu'avec beaucoup de douleurs et de difficultés; il y avait une suppuration assez abondante; il salissait son linge, bref, la vie lui devenait insupportable.

Je l'examinai et je pus constater qu'une sonde seule passait, le rétrécissement n'admettait pas même l'extrémité du petit doigt. Je ne pus, en questionnant le malade, préciser quelle était la nature du rétrécissement. Cependant, comme il y avait quelques nodosités au-dessous du point rétréci, surtout à la paroi antérieure que le malade rendait quelquefois du sang, je n'étais pas éloigné de penser qu'il y avait là un tissu hétéromorphe qui diminuait le calibre de l'intestin. Ce n'était là qu'une hypothèse, du reste peu importante dans ce cas puisque l'indication restait la même au point de vue opératoire.

Il existait, en avant de l'anus, une petite hémorroïde du volume d'une petite noisette, et on voyait quelques élévations rougeâtres de la peau, entre l'anus et le scrotum.

Connaissant le peu de succès de la dilatation graduelle et les dangers auxquels elle expose, sachant, du reste, que le malade se dilatait sans résultat depuis longtemps, je fus de l'opinion du malade qui réclamait l'opération et il fut décidé qu'elle se ferait un mois et demi après, une fois qu'il aurait fait l'inventaire de son magasin.

Je lui pratiquai l'opération de la *rectotomie externe* le 11 janvier, selon le procédé employé par le professeur Panas. En 1862, à Rio-de-Janeiro, j'avais pratiqué deux fois cette opération avec un plein succès.

La première fois, il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel également chez une femme que j'opérai avec le thermocautère. La plaie s'ulcéra un peu, mais après quelques semaines la malade guérit. Dans ces deux cas, j'avais eu recours au procédé de M. Panas.

La seconde fois, c'était sur une jeune femme de vingt deux ans, ayant un rétrécissement cicatricieldu rectum; je l'opérai avec le bistouri, elle guèrit parfaitement.

Le rétrécissement était situé, chez mon malade, à 3 centimètres au-dessus de l'anus. Le malade étant chloroformé par le docteur Rappaz et placé dans la position de la taille; je fis maintenir un gorgeret dans le rectum, au-dessous du point rétréci, et je pus inciser librement la partie postérieure de l'anus et le phincter externe dans une étendue de 2 centimètres du côté de la peau. Écartant les lèvres de l'incision avec les doigts de la main gauche, j'incisai en remontant à une hauteur de 3 centimètres. Arrivé au point rétréci et craignant d'ouvrir quelque vaisseau, je passai la chaîne de l'écraseur, au moyen d'une aiguille, par-dessus la partie postérieure du rétrécissement que je divisai en quelques instants.

Lorsque j'introduisis l'aiguille qui conduisait la chaîne, j'eus soin de protèger la paroi antérieure du rectum au moyen d'une petite spatule creusée en gouttière, dont je me sers pour d'autres opérations.

Après la division du rétrécissement, j'introduisis une énorme canule de caoutchouc. J'étais aidé par l'étudiant Vila.

Il y eut à peine quelques gouttes de sang versé.

Le malade fut placé dans son lit avec un pansement antiseptique.

Je lui prescrivis 4 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre journellement pour éviter les évacuations intestinales.

Il fut pansé d'abord deux fois par jour, plus tard une fois. La plaie était toujours bien lavée à l'eau phéniquée et j'avais soin d'interposer un long tampon de coton imbibé d'eau phéniquée entre la partie incisée et la paroi postérieure de la canule de caoutchouc.

Tout alla parfaitement jusqu'au treizième jour.

Du 18 au 23, le malade se levait, se promenait dans la chambre et il commençait à manger. Il se trouvait parfaitement.

Le 23, malgré ma recommandation, il commit l'imprudence de rester assis une partie de la journée.

Le 24, il y eut un frisson, du malaise et des troubles généraux. La petite tumeur hémorroïdale et les saillies que j'ai signalées sur la peau du périnée étaient tuméfiées, rouges et luisantes.

Le 25, douleurs de ventre, hoquet; il se forme une péritonite.

Le 26 et les jours suivants les symptômes de l'infection purulente s'accentuent davantage, et, le 31 janvier, à onze heures et demie du soir, le malade meurt.

Auptosie.—Le crâne n'est pas ouvert.

La plèvre gauche est le siège d'un épanchement séro-purulent.

Les deux poumons sont fortement hypérémiés et le gauche renferme un grand nombre d'abcès métastatiques.

Le péritoine renferme une quantité énorme de liquide purulent; les intestins sont fortement dilatés par les gaz.

Il n'y a rien dans les viscères dont il n'est pas fait mention, à part une arborisation vasculaire du péricarde et des plèvres.

Le rectum est extrait du bassin. On voyait l'incision de l'opération produite par le bistouri et par la chaîne de l'écraseur et mesurant en tout une longueur qui n'atteignait pas 5 centimètres. La paroi rectale n'avait pas été divisée dans toute son épaisseur.

Le malade est donc mort d'infection purulente.

Ce cas est assurément malheureux; mais doit-on pour un insuccès, renoncer à une opération aussi simple et aussi facile dans son exécution que l'opération de Panas? Stafford, Nélaton, Panas, Poinsot lui doivent des succès. Pour mon compte, je la préfère à la rectotomie interne de Verneuil et je la conseillerais dans tous les rétrécissements, quelque soit leur nature, même dans les rétrécis-

sements cancéreux. Mon malade n'est pas mort parce que je lui ai pratiqué la rectotomie externe; il est mort parce qu'il avait une plaie et l'on sait que malheureusement toutes les plaies peuvent se compliquer d'infection purulente, étant donné certaines conditions de leur situation et de la difficulté du pansement.

Je ne suis pas éloigné de croire qu'il s'est produit quelque modification dans la plaie le jour où le malade est resté assis une partie de la journée; c'est en effet le jour suivant que se sont montrés les premiers symptômes de l'infection purulente.

(*Gazette des Hôpitaux*, 3 avril 1884)

Voilà trois opérations de rectotomie dont la troisième, suivie de mort, a été faite à Montévidéo.

C'était certainement la première fois que la *rectotomie* était pratiquée dans cette ville.

Il s'est trouvé, le croirait-on, quatre médecins assez peu instruits pour ignorer ce qu'est la rectotomie, et pour oser porter une accusation infâme contre l'opérateur.

Dans ce pays les certificats de décès sont portés au juge de paix.

Voici la copie de l'acte rédigé par les quatre accusateurs:

31 janvier 1884

.... *certifions que le nommé Mantero est mort à la suite d'un crime chirurgical.*

Signé: V. STAJANO—CASSANELLO—GREEN—JURKOWSKI

En même temps, les mêmes médecins ont adressé la dénonciation suivante au Conseil d'Hygiène:

Monsieur le Président:

En présence d'un fait inconnu dans les annales de la chirurgie et dont nous nous ferions complices si nous gar-

dions le silence, j'ai l'honneur de vous adresser un acte rédigé dans la maison même du nommé Mantero, rue 25 Août numéro 211, par les docteurs Cassanello, Greenn, Jurkowski et le soussigné, afin que vous preniez les mesures nécessaires pour sauvegarder la dignité médicale contre les attaques d'ignorants et d'audacieux charlatans.

Je déclare en outre que le malade sur lequel a été effectué un tel crime chirurgical est à l'agonie.

Signé:—VICENTE STAJANO.

30 Janvier 1884

Avant la mort du malade, le 29 janvier, avait eu lieu une consultation à laquelle le médecin napolitain, Vicente Stajano, invita, sans mon consentement, neuf autres médecins, ce qui porta le nombre à onze. C'est à neuf heures du soir qu'eùt lieu la réunion où je fus maltraité et insulté de la maniére la plus odieuse par mes confrères. Ce n'est que par miracle que j'échappai, en sortant de la maison, à la populace excitée qui remplissait la rue.

La famille voulut exiger de moi que je continue mes soins au malade, conjointement avec les deux médecins napolitains les plus enragés contre moi, Stajano et Crispo Brandis. Naturellement, je me suis refusé a avoir le moindre contact avec de tels confrères.

C'est alors que les quatre signataires de la dénonciation ont rédigé et fait publier dans les journaux le manifeste suivant, qu'ils ont fait précéder d'une autre déclarations, faite à leur instigation par les membres de la famille, ou par des amis du malade:

Les soussignés, déclarent que, appelés à voir un malade, le 30 janvier 1884, dans la rue 25 août 211, opéré par le Dr. Fort, et dont l'opération a été unanimement condamnée par

une consultation de neuf médecins qui a eu lieu le 29 courant, il se sont vus dans l'absolue nécessité de se charger du dit malade agonisant, parce qu'il avait été abandonné par le Dr. Fort qui a refusé de suivre le traitement avec d'autres médecins de la confiance de la famille.

Signé: Cassanello—Green—Jurkowski—V. Stajano

Les soussignés déclarent qu'ayant été introduits aujourd'hui à sept heures du matin dans le domicile du Dr. Fort, ils lui ont exposé qu'en vue du résultat de la consultation d'hier au soir, la famille avait résolu que le Dr. Fort continuât ses soins au malade conjointement avec les Drs Vicente Stajano et Crispo Brandis.

Le Dr. Fort nous a répondu qu'il n'acceptait en aucune façon d'être accompagné par de tels médecins, préférant leur laisser le malade. Lui ayant observé que nous nous verrions dans l'obligation de recourir au Conseil d'Hygiène, Mr. Fort nous a répondu que nous pouvions faire ce qui nous paraitrait convenable.

Signé: Vallarino—J. Falco—P. Catiminati.

30 janvier 1884

Voilà ce qui s'est vu dans la République Orientale.

Une telle conduite paraît inouie de la part de confrères habitant un pays civilisé. Moi-même, en écrivant ces lignes, je me demande si ce n'est pas un rêve.

On ne saurait donner trop de publicité à un fait de cette nature; je désigne les noms des médecins qui se sont conduits d'une façon si condamnable à la consultation, à l'instigation du napolitain Vicente Stajano. Que ces noms soient flètris et stigmatisés par tous les confrères qui liront ces lignes! Ce sont les Drs *Vicente Stajano*, *Green*,

Jurkowski, Inchauspé, (français), *Aguirre, Carafi, Crispo Brandis, Visca*. Le Dr. Rappaz qui assistait à la consultation est resté neutre.

D'autres médecins furent sollicités, mais ils ne voulurent pas tremper dans ce complot.

L'autopsie, comme on l'a vu plus haut, a prouvé que le malade a succombé à l'infection purulente.

Il sera longuement question ailleurs de ce fait. Pour le moment, je dirai simplement:

Que le Conseil d'Hygiène de Montévidéo, formé de six membres, constitue une autorité sans contrôle, rendant des jugements sans appel, de sorte que toutes les affaires professionnelles sont réglées selon le bon plaisir des membres du Conseil d'Hygiène ;

Que je suis poursuivi par le ministère public de Montévidéo comme criminel, comme assassin, sans qu'une sentence ait été rendue jusqu'à ce jour. Celui qui connait ici le mécanisme des rouages administratifs voit aisément quelle est la main occulte qui en enraye la marche;

Que j'ai poursuivi mes calomniateurs criminellement et civilement. Il y a 16 mois que le procès est commence. Aucune sentence n'a été rendue. C'est la même main puissante qui retarde la solution du procès.

L'observation et tout ce qui est relatif à l'opération pratiquée sur Mantero fut envoyée par mes soins au Professeur Panas, de Paris, propagateur de la rectotomie.

Voici la réponse de M. Panas:

Paris 20 Mars 1884.

Mon cher confrère :

. . . .

La manière dont vous avez opéré est la même que suivait

Nélaton d'abord et moi ensuite, sauf l'emploi de l'écraseur linéaire *qui est conseillé par le professeur Verneuil, autre partisan de la rectotomie externe.*

L'opération que vous avez pratiquée était parfaitement indiquée et la mort qui est survenue n'est pas dûe à l'opération même, sinon, comme cela est très-probable, à une complication de pyohémie *qui s'est développée quatorze jours après votre intervention.*

Croyez-moi, etc.

signé—Dr. Panas

Chirurgien de l'Hôtel Dieu de Paris, professeur a la Faculté de Médecine

Je publierai plus tard cette curieuse affaire d'une manière très complète pour la honte du corps médical de Montévidéo. On y verra comment la justice est rendue dans ce pays et comment on y est traité sous le gouvernement du Général Don Máximo Santos.

Il ne me parait pas nécessaire pour le moment de faire connaitre les noms des éminents médecins qui composent le fameux conseil d'hygiène de Montévidéo. A plus tard.

OBSERVATION XXIII

Affection utérine.—Stérilité.—Guérison

Par le Dr. Fort

Madame B. Praia de Botafogo, Rio de Janeiro, 27 ans, me consulte pour des douleurs abdominales accompagnées de douleurs de reins et de jambes et d'un écoulement muco-purulent abondant. Les règles étaient abondantes, duraient dix jours, et le sang sortait en partie coagulé. La maladie existait depuis l'année du mariage qui avait eu lieu il y avait dix ans et qui était restée stérile.

On conçoit que la malade avait un air souffreteux, un facies utérin et une anémie profonde.

Le diagnostic: *affection utérine*, fut porté immédiatement L'examen me fit constater la présence:—1°. d'une rétroversion; 2°. d'une large ulcération entourant l'orifice externe du col; 3°. la présence de granulations dans le canal cervical. Avec les symptômes ci-dessus énoncés on pouvait admettre qu'il existait une endométrite granuleuse.

Je prescrivis uu traitement général et un traitement local. La malade changea d'air, elle se soumit aux amers et aux ferrugineux. En même temps, je fis la réduction de l'utérus que je maintins au moyen d'un pessaire à rétroversion et j'appliquai pendant deux mois des boules hygrométriques sur le col maintenues avec un tampon de coton phéniqué. Au bout de deux mois, la santé de la malade étant considérablement améliorée, je procédai à l'opération qui m'a déjà donné des résultats inespérés dans des cas analogues. J'ai pratiqué le râclage du col et du corps de l'utérus au moyen d'une curette qui m'est personnelle. Mon procédé diffère peu de celui de Sims. Le râclage étant terminé, j'ai immédiatement cautérisé les surfaces râclées au moyen du fil de platine d'un électro-cautère. L'opération est peu douloureuse et il est inutile de chloroformer la malade. L'irrigation continue d'eau froide a été faite ensuite sur le col de l'utérus. Puis j'ai pratiqué directement quelques injections phéniquées.

Madame B., trois mois après, était en parfaite santé et le cinquième mois après la cessation du traitement, elle est devenue enceinte, accouchant, neuf mois après, d'une superbe fille.

OBSERVATION XXIV

Affection utérine.—Stérilité acquise.—Guérison

Par le docteur Fort

Madame X. de Nitherohy, près de Rio de Janeiro, est mère de trois enfants; elle a trente-deux ans et elle est malade de-

puis l'époque de son dernier accouchement qui a eu lieu il y a neuf ans. Elle est pâle, ses traits sont tirés, elle ne mange pas. Il y a une anémie très-prononcée.

Elle souffre des reins et des cuisses, son ventre grossit par intervalles, elle sent un poids au périnée et elle a des pertes blanches considérables. Elle a ses règles deux fois par mois.

L'examen me permet de constater que l'utérus est dans sa situation normale. Le col est gros, hypertrophié; il existe à l'orifice externe du col, qui admet le bout de la phalange, une ulcération qui paraît se prolonger à l'intérieur. L'examen des culs de sac me fait constater une augmentation de volume du corps de l'utérus.

Le traitement général prescrit a été ferrugineux et amers; régularité dans les repas; bains de pluie froids.

Localement j'ai appliqué des tampons de coton phéniqué bien lâche et recouverts de poudre d'alun opiacé pour combattre une ancienne inflammation du vagin.

Ensuite j'ai fait le même traitement que dans l'observation précédente: boules hygrométriques, râclage des granulations avec ma curette et cautérisation avec l'électro-cautère. La maladie a duré huit mois par suite de l'hypertrophie du col, mais la guérison a eu lieu au bout de ce temps et madame X. est devenue mère pour la quatrième fois.

OBSERVATION XXV

Affection utérine.—Stérilité.—Guérison

Par le Dr. J. A. Fort

Madame L., femme d'un estanciero du Durazno, République de l'Uruguay, vient me consulter à Montévidéo. Mariée depuis quatorze ans, elle est toujours souffrante; elle n'a jamais eu d'enfants. Depuis plusieurs années des médecins l'ont

traitée comme atteinte de cancer de l'utérus. Elle a, en effet, une teinte un peu jaunâtre, elle est très-pâle et présente les signes d'une anémie profonde. Elle a tous les symptômes communs aux affections utérines et le liquide qu'elle perd est souvent teint de sang et exhale une mauvaise odeur.

Je l'examine et je trouve une ulcération vaste, végétante, ayant toutes les apparences d'un épithelioma. En examinant attentivement, je vois le col entre-ouvert et la plaie extra-utérine se continuant à l'intérieur. Le col est un peu volumineux, très-douloureux au toucher, quoique le tissu cellulaire des ligaments larges ne présente aucune induration spéciale.

En présence de ces symptômes qui semblent indiquer la présence d'un cancroïde ulcéré, je conserve quelques espérances et j'institue un traitement.

Le traitement général ne diffère pas de celui qu'on a pu lire dans les autres observations.

Voici le traitement local que j'ai institué. Attouchements sur le col à l'acide chromique étendu d'eau. Boules hygrométriques maintenues contre le col avec un tampon de coton phéniqué. Injections prolongées, la malade étant couchée. De temps en temps attouchements avec une solution concentrée de chloral.

Sous l'influence de traitement local, l'odeur des liquides excrétés a complètement disparu et la plaie a revêtu un caractère de bonne nature. Les granulations sont devenues d'un rouge plus vif, elles ont acquis de la fermeté et elles ne saignaient plus au moindre contact.

Après cinq mois de traitement, la plaie du col est guérie, mais l'écoulement muco-purulent se montrait toujours à travers le col entre-ouvert.

J'ai pratiqué alors le grattage de l'intérieur de l'utérus suivi de la cautérisation à l'électro-cautère. Après huit mois de traitement la malade a été guérie et le mois suivant elle est devenue enceinte. La grossesse a suivi régulièrement son cours et Madame L. est devenue mère pour la première fois après quatorze ans de mariage.

N. B.—J'ai cité ces trois observations parmi un plus grand nombre qui me sont personnelles. Je n'ai pas eu de succès dans tous les cas où j'ai pratiqué une opération, mais j'ai réussi assez souvent pour recommander ma méthode dans le cas d'obstruction du col par la muqueuse atteinte d'inflammation chronique avec sécrétion abondante et épaisse ou avec granulations.

OBSERVATION XXVI

Transfusion du sang par le procédé Roussel. Guérison

Par le docteur J. A. Fort à Montévidéo

Madame Martinez, 32 ans, mère de trois enfants dont le dernier a six ans, est une femme d'un caractère énergique, mais maigre et très-pâle. Elle est simplement anémique et aucun organe ne paraît atteint d'une lésion quelconque. En novembre 1884, après le retour de son mari, qui est député, et qui avait fait un voyage à Rio de Janeiro, il se déclare une ménorrhagie qui dure environ douze jours et qui cède aux moyens ordinaires. Mais le mois suivant, une nouvelle hémorrhagie se déclare, abondante, continue, incoercible. Après douze jours d'un traitement infructueux, je propose les injections d'eau chaude qui ne sont pas acceptées et l'homœopathe est introduit dans la maison. Il donne ses globules mystérieux pendant douze jours sans modifier en rien l'hémorrhagie qui s'était transformée en un écoulement aqueux légérement rosé. Finalement les symptômes d'une mort prochaine se manifestent: pouls fréquent, petit et serré, syncopes au moindre mouvement, frissons, extrémités froides.

Une consultation a lieu. Les Drs Léopold, Espinosa, Dufour, Romeu et Fort sont d'accord pour pratiquer la transfusion du sang qui a lieu séance tenante. J'avais apporté avec moi le transfuseur du Dr. Roussel. Le Dr. Dufour, médecin

de la canonnière française, «La Tactique,» offrit généreusement son sang.

La malade, presque expirante, a eu à peine conscience de ce qui s'est passé. Je lui ai découvert la veine médiane basilique droite dans laquelle j'ai introduit la canule qui devait fournir le sang. La veine médiane céphalique droite de Mr. Dufour a été ouverte, après que s n bras et celui de la malade ont été placés parallèlement.

La communication étant établie, j'ai pressé la poire de caoutchouc neuf fois, de manière à envoyer dans les veines de la malade 90 grammes d'un sang nouveau venant d'un sujet robuste. On a ensuite pansé les deux veines ouvertes.

Les effets de la transfusion se sont faits sentir immédiatement. Il y eu d'abord une suffocation inquiétante et un frisson d'assez longue durée. La malade a accusé une sensation de chaleur intérieure et ses membres se sont réchauffés.

Peu d'instants après, l'hémorragie a cessé complètement pour ne plus se montrer.

La malade a été simplement tenue au repos, dans une parfaite immobilité. Dès le lendemain, elle était beaucoup mieux et elle s'est alimentée. Peu à peu tous les symptômes ont disparu; trois semaines après la malade se levait; elle sortait au bout d'un mois.

Les règles ont paru à l'époque ordinaire, comme à l'état de santé parfaite. Un mois après l'opération, la malade n'avait plus que le souvenir de sa maladie.

Aujourd'hui 1er mai 1885, six mois après l'opération de la transfusion, madame Martinez est dans un état de santé qu' elle n'avait pas connu et qui prouve jusqu'à quel point est salutaire l'introduction d'un sang nouveau dans les vaisseaux d'un être anémique, affaibli, grêle et d'apparence maladive. L'intelligence de celle qui fut la malade paraît aujourd'hui plus vive. Elle a plus de force physique. Son corps est plus vigoureux et sa poitrine offre maintenant un développement qui n'existait pas autrefois.

Je dois faire remarquer, uniquement au point de vue de l'histoire, que ce cas de transfusion si remarquable dans ses

résultats, est le premier qui ait été pratiqué avec succès à Moutévidéo. C'est du moins ce qui résulte des recherches, naturellèment incomplètes, auxquelles je me suis livré.

OBSERVATION XXVII

Coxalgie à la dernière période, résection, guérison.

Par le Dr. J. A. Fort, à Montévidéo

En novembre 1883, je suis consulté pour une petite fille de huit ans, Catalina M..., malade de la hanche droite depuis deux ans.

Je trouve une enfant excessivement maigre. avec une température de 39 degrés et 150 pulsations. Elle nẹ prenait presque aucune nourriture et elle était couchée en peloton, les genoux contre le menton. Elle avait eu tellement à souffrir pendant sa maladie, qu'elle ne pouvait suppporter la vue d'aucun étranger. Il était impossible de la toucher. Je fis donc un diagnostic de coxalgie à distance et la forme de la cuisse me fit supposer qu'il y avait un gros abcès. Je refusai, par suite, de me prononcer avant de l'avoir examinée sous le chloroforme.

Le 8 novembre, je chloroformise l'enfant et je constate: 1° la présence d'nn énorme abcès au niveau des adducteurs; 2° une ulcération au-dessous du grand trochanter, vestige de l'ouverture d'un abcès ancien; 3° une luxation du fémur; 4e une position vicieuse de la cuisse en flexion et adduction forcées; 5e une atrophie des muscles du membre inférieur et surtout du triceps fèmoral.

Le 10 novembre, je soumets de nouveau l'enfant au chlorofome, je vide l'abcès et je place la cuisse dans une position convenable.

Je mets l'enfant dans une pièce bien aérée, je lui prescris un régime reconstituant et j'a lministre des toniques, Quelques semaines après, elle reprend bonne mine, elle engraisse un peu, on la porte au bord de la mer, on lui donne des bains

salés, mais elle est tellement faible que je n'ose pas m'aventurer à pratiquer la résection.

Le mieux s'accentue, l'abcès ne se reproduit pas, et l'ulcération sus-trochantérienne fournit du pus en abondance. Fin décembre, l'état général s'est tellement amélioré que je me décide à pratiquer l'opération qui a lieu le 3 janvier 1884.

L'opération pratiquée avec l'aide des docteurs Vidal, Angel Brian, Fiol de Perera, Vila et Rappaz, ce dernier ehargé d'administrer le chloroforme.

Ce n'est pas sans émotion que je pratique cette opération, étant donnée la gravité du cas. J'ai fait l'incision classique en arrière du grand trochanter et économisant autant que possible le sang versé, j'arrive à l'articulation luxée. Dans le fémur, la tête seule était cariée: je la résèque. Après cette résection; je constate avee le doigt que la cavité cotyloïde est cariée dans toute sa surface et je sens un vide au milieu de cette eupule cariée au point de réunion des trois os: ilium, pubis, ischion. J'introduis un stylet, il pénètre dans le bassin. Cette introduction est faite avec ménagement, comme on peut bien le penser.

Les auteurs conseillent bien de racler la cavité cotyloïde cariée, mais je ne sache pas qu'ils fassent une distinction selon les cas. J'avoue que je ne me suis pas senti le eourage de racler cette cavité cotyloïde. Quelles indications pouvais-je avoir du degré d'amineissement du fond de la cavité? Que serait-il arrivé si je l'avais fracturée? Au contraire, reséquant la tête du fémur seule, je transformais cette carie de la cavité cotyloïde en une carie relativement superficielle et devenant accessible aux injections par les trajets fistuleux.

Je réséquai donc la tête du fémur et je ne touchai point à la cavité cotyloïde.

Pansement antiseptique au grand complet avec pulvérisateur pendant l'opération.

Pansement deux fois par jour pendant tout le mois de janvier, puis une fois. Dès le 10 mars, les pansements sont faits par la sœur de la malade.

Au début, il y a eu de la fiévre, mais une fièvre très-mo-

dérée. Pendant huit jours le thermomètre est monté à 38 degrès. Tout le reste du temps l'enfant a été sans fièvre.

Cette enfant avait tellemeñt souffert, elle était devenue si sensible, qn'elle poussait de véritables hurlements quand on l'approchait. Nous avons été forcés de la chloroformiser pendant vingt-cinq jours de suite pour la panser, non sans émotion, on peut le croire.

Pendant deux mois, l'enfant est resté dans une sorte de gouttière de Bonnet, faite avec intelligence par le père, et pourvue d'une porte latérale permettant de faire les pansements sans remuer la malade.

La plaie s'est fermée insensiblement, et aujourd'hui 25 mars, il ne reste plus qu'une ouverture fistuleuse qui donne passage, chaque jour, à quelques gouttes de pus. L'enfant est belle et a engraissé; elle marche avec des béquilles, mais elle ne pose pas le pied par terre, Plus tard je lui ferai fabriquer une bottine à talon un peu haut, et si elle n'a pas recouvré toute la force des muscles extenseurs de la jambe, on fixera le membre inférieur avec un appareil rigide.

Elle par pour l'Espagne à la fin de 1884.

La résection de la hanche est une opération qui se pratique rarement dans l'Amérique du Sud. Ce cas est la deuxième opération suivie de succès dans la République de l'Uruguay. La première est due au docteur Enrique Estrázulas. Cette opération n'a pas été encore adoptée au Brésil, où j'aurais eu l'occasion d'en pratiquer une dizaine, sans l'opposition systématique des chirurgiens de Rio de Janeiro.

(*Gazette des Hôpitaux* 3 avril 1884)

OBSERVATION XXVIII

Ablation d'une tumeur du maxillaire intérieur. Guérison en sept jours.

par le Dr. Fort.

Mr E., du Salto, vient se faire opérer d'une tumeur de la machoire. Il s'agit d'une *tumeur à myéloplaxes* formée par

l'énorme développement de l'un des éléments de la moelle de l'os. Elle a envahi les gencives, les alvéoles dentaires et elle s'étend depuis la dernière grosse molaire droite jusqu'à la dremière incisive gauche.

Ces tumeurs ne sont pas cancéreuses, cependant elles offrent le privilège de se reproduire lorsqu'on ne les enlève pas complètement.

L'opération est pratiquée le lundi 16 février 1885 avec l'aide des D.rs Vidal, Demaria, Smith, médecin de la canonnière américaine «Le Neipsik» et des praticants De Migueli et Ferrari.

Voici le manuel opératoire mis en usage:

Le malade étant chloroformisé par le Dr Demaria, j'ai divisé d'un coup de bistouri la lèvre sur la ligne médiane jusqu'au menton. De la partie inférieure de cette incision verticale, j'en ai fait partir une autre horizontale de huit centimètres, à droite, le long du bord inférieur du maxillaire.

Ce grand lambeàu étant rejeté sur le cou, le Dr Vidal a relevé la lèvre supèrieure avec un crochet ce qui m'a permis de découvrir complètement l'os et la tumeur.

Protégeant la langue contre l'action de la scie, j'ai scié le maxillaire en arrière de la dernière grosse molaire de haut en bas, dans les trois quarts de son épaisseur. J'ai fait la même opération en avant près de la deuxième incisive gauche, après avoir extrait les dents du côté droit.

Prenant alors une scie demi-circulaire, j'ai cherché à réunir par une coupe horizontale les deux coupes verticales que j'avais pratiquées sur l'os. De plus j'ai affaibli la résistance de l'os en pratiquant quelques trous, avec un vilbrequin spécial, à l'union de la section horizontale et des sections verticales.

Me servant ensuite du ciseau et du marteau, j'ai fait sauter toute la partie osseuse envahie par la tumeur et j'ai eu soin de tout extraire jusqu'à la dernière parcelle.

Pendant ce temps, j'étais obligé de faire l'hémostase au moyen d'éponges montées sur des pinces, ce qui offrait une certaine difficulté, vu la proximité dpharynx et l'abondance

de l'hémorrhagie par les branches de l'artère dentaire inférieure.

Le but que je me proposais, en pratiquant ce travail compliqué sur le maxillaire, était de conserver sa forme à la mâchoire du malade. J'obtenais cette forme en conservant le bord infériur de l'os, non atteint par le produit morbide. Si j'avais simplement scié l'os dans toute son épaisseur en avant et en arrière ce qui eût été d'une exécution beaucoup plus facile, la mâchoire du malade était affreusement déformée et l'opération était plus grave.

Les parties molles, rabattues sur le cou ont été cousues. J'ai placé un tube à drainage et j'ai fait le pansement de Lister dans toute sa rigueur.

Sept jours après tout était réuni et l'os commençait déjà à bourgeonner. Le malade au bout de ce temps ne faisait plus que des lavages de propreté dans la bouche. Il n'y a pas eu une heure de fièvre.

Aujourd'hui 15 mai la guérison se maintient.

NOTA—Je présente ce cas comme un bel exemple de chirurgie conservatrice et comme un nouveau triomphe de la méthode de Lister.

OBSERVATION XXIX

Anevrisme poplité guéri par la compression

Par le docteur FORT

Depuis longtemps je m'efforce de faire suivre les deux préceptes chirurgicaux suivants :

1.° *Retrancher le moins de parties possibles aux malades et ne faire d'amputation qu'à la dernière extrémité.*

2.° *Lorsqu'il y a plusieurs moyens de traitement à opposer à une maladie, avoir toujours recours aux moyens les plus simples avant de pratiquer une opération sanglante.*

Si ces deux préceptes étaientrigoureusement observés, on n'aurait pas à déplorer certains cas malheureux.

Léon Bardou, docteur en médecine, 29 ans demeurant à Montévidéo. Taille moyenne. Sujet maigre.

Mr. Bardou souffrait depuis environ deux ans d'une gêne, d'une douleur en arrière du genou, mais ce n'est que depuis deux moix environ qu'il s'est aperçu qu'il existait des battements intermittents dans la région poplitée gauche.

Je l'examine le 12 Janvier 1885 et je constate tous les symptômes d'un anévrisme poplité. La tumeur est peu volumineuse, je l'évalue au volume d'une mandarine moyenne. On voit les battements à l'œil nu.

Je lui conseille d'instituer un traitement le plus promptement possible et j'insiste surtout sur la nécessité d'employer *tous les moyens possibles avant d'en arriver à la ligature de l'artère fémorale*, moyen radical et efficace, fort employé autrefois.

Plusieurs confrères ont vu M. Bardou, les Drs. Vidal, Baena, Majó, Leonard et Fleury. Ils ont constaté la présence de l'anévrisme et ont tous approuvé la compression intermittente que j'ai conseillée.

Le 13 janvier, Mr. Bardou a pris le lit.

Le 14, j'ai appliqué une bande de caoutchouc au tiers supérieur de la cuisse, et j'ai interrompu la circulation artérielle, soulevant la bande de cinq en cinq minutes, au niveau de l'artère, avec un crochet, de manière à laisser passer un peu de sang, cherchant à imiter ce qui se produit dans la compression digitale. J'ai été aidé dans cette compression par mon confrère le Dr. Majó. La sèance ne dure que 35 minutes, le malade éprouvant au creux poplité une douleur intolérable.

Le 15, repos.

Le 16, même compression, même douleur au bout de 35 minutes. On cesse la compression et on fait immédiatement une séance de compression digitale d'une demi-heure de durée.

Le 17, même compression, même douleur, compression digitale, séance totale d'une heure.

Le 18, voyant que le malade ne supporte pas la compres-

sion par le caoutchouc, je lui applique la bande d'Esmarch avec le tube en caoutchouc pendant une heure. Pas de succès.

Nous décidons, avec le Dr. Fleury, qu'on fera la compression intermittente au moyen d'un sac de plomb. Un ami du malade, fort intelligent, avocat, M. Pastore, se charge de l'installation de l'appareil à compression. Il fabrique lui-même un gros sac de cuir dur, en forme d'entonnoir appuyant sur la cuisse au moyen d'une pelote surajoutée au sommet de l'entonnoir, de 3 centimètres de diamètre.

Le sac plein de plomb pèse 4 kilogrammes 850 grammes.

La compression est faite par le malade, le 22, sur l'éminence ilio-pectinée, compression très douloureuse; le 23 elle est faite sur l'artère dans le *triangle* de *Scarpa;* le 24 et le 25 également.

Le 22, il y a eu 4 séances, la première d'une heure, les trois autres d'une demi-heure. Le malade n'en a pas fait davantage à cause des douleurs intolérables dans le creux poplité. Entre les séances, repos au lit.

Le 23, six séances d'une demi-heure chacune.

Le 24, six séances d'une demi-heure.

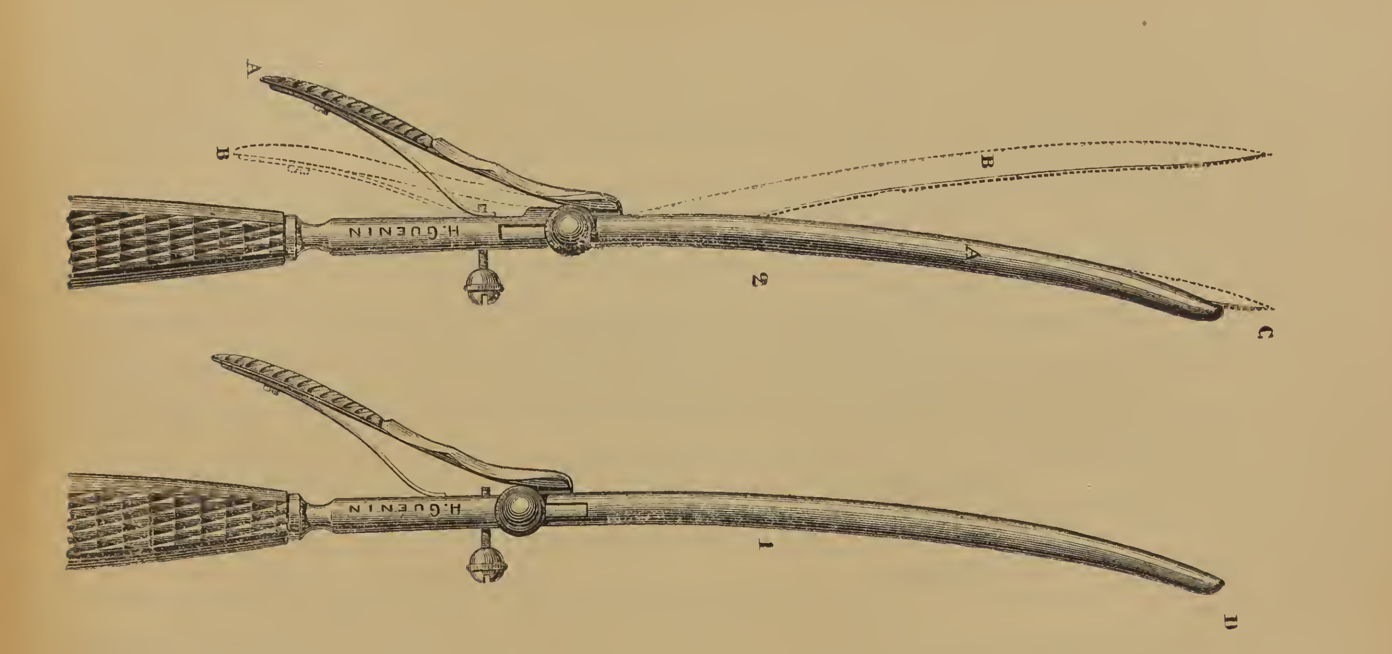
Le 24 au soir, M. Bardou souffre horriblement dans la jambe, au genou et au dessous. Je lui injecte un centigramme de chlorydrate de morphine qui le calme aussitôt.

La tumeur n'offre plus aucun battement. Les artères de la jambe et du pied ne battent plus. La jambe au dessous du genou est froide et blanche.

Le 25, compression pendant une heure vingt minutes. Aucun battement.

Le 26, *je considère la guérison comme complète*, le malade restera au lit jusqu'au rétablissement de la circulation collatérale.

Le 31. La jambe est restée froide; on peut évaluer à 3° l'abaissement de la température. Pas de pulsations. Douleurs sourdes au creux poplité et au cou-de-pied. Dans l'après-midi, froid intense dans la jambe avec sueurs abondantes. La jambe est en demi-flexion, le malade ne peut la redresser. Il marche



Lithotome du Dr Fort, pour faire l'opération de la taille avec un seul instrument.—**1.** L'instrument est fermé.—**2.** Il est ouvert.—Instrument présenté à l'Académie de Médecine de Paris en 1880.

avec des béquilles et s'il appuie la pointe du pied sur le sol, il réveille les douleurs du creux poplité.

Le 5 février. Même état.

Le 12 février. La jambe est un peu moins froide. La douleur du creux poplité a fortement diminué, ce n'est plus qu'une gène; mais le malade ne peut pas marcher sans béquille. La jambe est au quart fléchie. Aucune pulsation aux artères.

Le 16 février. Le malade commence à appuyer la pointe du pied, il peut marcher avec un bâton. Amélioration.

Le 20 février. Il n'y a plus aucune gène dans la jambe. Sa température est à peine abaissée. Le malade marche. Il n'y a encore aucun battement artériel dans la jambe.

2 Mars. Le Dr. Bardou reprend son service professionnel; il est entièrement guéri, mais les battements artériels ne se sont pas encore montrés

15 Mai. La guérison se maintient.

NOTA—Les anévrismes de l'artère poplitée ne sont pas rares; cependant ils ne sont pas assez fréquents pour qu'une observation recueillie exactement et jour par jour sur un médecin ne mérite pas d'être publiée. C'est pour cela que nous avons désiré faire connaître celle-ci.

OBSERVATION XXX

Nécrose de l'humerus.—Operation.—Guerison

Par le Docteur J. A. Fort

Marguerite Vila, 11 ans, habite chez ses parents, calle Piedras 79. La mère me consulte en novembre 1884 et elle me raconte que plusieurs médecins de Montévidéo lui conseillent de désarticuler le bras de l'enfant. Il y a deux ans qu'elle est malade, elle a passé plusieurs mois à l'hôpital où le chirurgien qui la traitait voulait aussi lui pratiquer la désarticulation de l'épaule. C'est pour cette raison que l'enfant a été retirée de l'hôpital.

Je procède à l'examen de l'enfant pour donner à la mère une réponse catégorique. La santé générale n'est pas mauvaise, c'est-à-dire qu'il n'existe aucune lésion des viscères thoraciques ou abdominaux. Il y a seulement un haut degré d'anémie. La pâleur et l'amaigrissement sont très-prononcés; il existe quelques points douloureux dans la paroi thoracique, points névralgiques n'ayant pas grande signification.

Le bras gauche est le siège de violentes douleurs qui empêchent l'enfant de dormir et de manger. Il existe en avant de la tête de l'humérus deux ouvertures dont l'une trés-grande qui laisse sortir une grande quantité de pus. Vers le milieu du bras et en dehors il y a aussi une autre ouverture qui laisse passer du pus.

A la vue, au palper et à la pression, on a la sensation d'une masse osseuse volumineuse dans la moitié supérieure du bras. Cette masse paraît d'une dureté exceptionnelle.

L'état général de la malade, l'absence de lésion scrofuleuses, la présence des trajets fistuleux au bras et la présence d'une masse indurée très-solide me font porter le diagnostic et le pronostic suivant: *Nécrose de l'humérus gauche. La partie nécrosée (séquestre) doit être extraite. La guérison est probable.*

Je montrai l'enfant au Dr. Vidal qui fut de mon avis.

Quelques jours après, j'opérais l'enfant avec le concours de quelques confrères, parmi lesquels se trouvaient le Dr. Daguino et plusieurs étudiants en médecine.

L'enfant étant chloroformée, l'appareil d'Esmark étant appliqué à l'aisselle même, je découvris l'humérus dans ses deux tiers supérieurs et je le dénudai le mieux possible. Les trajets fistuleux ayant été découverts, j'introduisis la sonde cannelée, mais le séquestre invaginé était tellement emprisonné dans l'os nouveau qu'il était impossible de le faire mouvoir. L'os qui recouvrait le séquestre était dur et compacte comme de l'ivoire.

L'épaisseur de la paroi osseuse à diviser pour arriver au séquestre était de plus de deux centimètres. Son état de du-

reté me paraissait devoir résister à tous les instruments de mon arsenal chirurgical.

J'eus alors l'idée d'appeller à mon aide Mr. Verninck de l'Armeria Oriental, calle Ituzaingó, et je le priai de pratiquer avec un vilbrequin puissant une série de trous à l'os de manière à pouvoir l'attaquer ensuite avec le ciseau et le marteau.

Avec une habilité merveilleuse, Mr. Verninck pratiqua une douzaine de trous dans l'os nouveau. Je pus alors, au moyen d'un fort ciseau et du marteau, réunir les trous et faire sauter un pont de substance osseuse nouvelle recouvrant l'os ancien nécrosé.

Mon diagnostic se vérifia point par point. L'œil découvrait la cavité de l'humérus avec un grand séquestre remplissant la cavité de l'os. Un pus infect baignait le séquestre dans toutes ses parties.

Le séquestre était pressé par l'os nouveau qui l'entourait. Il ne put être extrait qu'avec les plus grandes difficultés. Il mesurait sept centimètres de longueur et un et demi d'épaisseur.

La cavité d'où il fut extrait fut lavée avec un liquide antiseptique. Le pansement de Lister fut appliqué dans toute sa rigueur.

Il n'y eut aucune complication, il n'y eut pas de fièvre et trois semaines après, l'enfant était guérie.

Aujourd'hui, 1er mai, elle jouit d'une santé magnifique, elle est grasse et fraîche et elle n'éprouve aucune douleur.

Voilà un des plus beaux exemples de chirurgie conservatrice qu'il soit donné de rencontrer.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse

Par le Docteur J. A. Fort

Préconisé d'abord par Mallez et M. Tripier dans la cure des rétrécissements de l'urèthre, l'électrolyse a été perfectionnée à Paris par le Dr. Jardin qui assistait autrefois aux cours

d'anatomie et d'opérations chirurgicales que je faisais à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

L'appareil électrolyseur de Jardin, mis en action par un certain nombre d'éléments d'une pile à courants continus, se compose, comme l'appareil de Maisonneuve, d'une sonde à vis, d'une gouttière métallique cannelée et enduite de gutta-percha, et d'une lame de platine qui entre dans la gouttière métallique à la manière de la lame de l'urèthrotome de Maisonneuve. Le fluide électrique s'accumule sur le platine qui lui offre une grande résistance et la lame, qui n'est pas coupante, détruit le rétrécissement, au lieu de le sectionner comme le fait la lame de l'urèthrotome.

Les avantages de l'électrolyse sont: que l'opération est à peine douloureuse, qu'il n'y a jamais d'hémorrhagie sérieuse, qu'il ne peut survevir aucun accident à la suite de l'électrolyse; et moi-même qui ai une longue pratique de cette opération, puisque j'en ai pratiqué près de 400 dans l'Amérique du Sud, j'avoue n'avoir jamais vu un accident sérieux.

Un inconvénient, selon moi, de l'appareil de Jardin, c'est que l'électrolyseur est très-gros et qu'il ne peut passer que dans un rétrécissement admettant déjà la bougie n.° 10 ou 11 de la filière de Charrière.

Comme la plupart des rétrécissements qui se présentent aux chirurgiens sont plus petits, on est obligé d'employer une dilatation préalable avec des bougies, si l'on ne veut pas s'exposer à déchirer profondément la muqueuse du canal. Or tous ces sondages répétés et préalables ne sont pas inoffensifs et compliquent en quelque sorte l'opération.

C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai fait construire l'*Electrolyseur Fort*. C'est un instrument fort simple, qui réunit en une seule pièce, les trois pièces de l'instrument de Jardin. Dans mon électrolyseur, j'ai supprimé l'articulation de la bougie conductrice et la gouttière cannelée elle-même. La bougie de la pièce unique étant très-fine, je puis opérer les rétrécissements les plus fins en une seule séance. Seulement dans quelques cas extrêmement rares de rétrécissements très-serrés, j'ai dû placer une bougie filiforme pen-

dant une nuit afin de faire un passage à la bougie terminale de mon appareil.

Tous les rétrécissements ne sont pas justiciables de l'électrolyse, mais j'avoue que je donne la préférence à ce procédé lorsqu'il est applicable. Il expose bien moins que les autres à la récidive.

On conçoit l'inutilité de rapporter ici des observations si nombreuses. Il me suffira de laisser parler quelques malades eux-mêmes avec cet accent de reconnaissance si particulier aux hommes de l'Amérique du Sud. Leur langage simple parlera plus clairement que toutes les descriptions médicales. Je ferai observer que les malades qui parlent de bougies et de sondes ont été opérés avant l'invention de mon *Electrolyseur.* Depuis que je possède cet appareil, il n'est plus question de dilatation préalable.

Uruguayana, 6 avril 1885.

Je souffrais depuis neuf ans d'un rétrécissement de l'urèthre.... La bougie n° 1 entrait seule dans le canal. Avant-hier matin à 8 h. en présence du Dr. Baldoino y Ayres, Mr. Fort m'opéra en moins de 4 minutes. Contre mon attente, je n'ai pas souffert. Aujourd'hui j'ai repris mes occupations.

Signé: *Antonio Duarte Pimentel,* notaire

Taubaté, 5 juin 1882.

J'avais un rétrécissement presque infranchissable de l'urèthre. Le Dr. Fort fit la dilation préalable en neuf jours jusqu'à ce que la bougie n° 14 put passer. Je fus opéré le 15 mai dernier; je n'ai pas gardé le lit même pendant une heure. Ma joie et ma reconnaissance sont égales.

Signé: *Francisco Vieira.*

Rio-de-Janeiro, rue du Nuncio 18, 1 Juillet 1882.

J'avais une rétention complète d'urine... Souffrances atroces.... On voulait ponctionner ma vessie quand Mr. Fort fut

appelé. Il fit pénétrer la sonde la plus fine et j'urinai. Mr. Fort me dilata insensiblement l'urèthre pendant douze jours. Je fus opéré le 30 mai 1882 presque sans douleur. Aujourd'hui je me sens entièrement guéri.

Signé: *Antonio de Sà.*

Je pourrais citer par centaines des témoignages analogues de reconnaissance.

Dr. Fort

TABLE DES MATIÈRES

RECUEIL

D'OBSERVATIONS

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

PAR LE DR. J. A. FORT

Ancien interne en médecine et en chirurgie
des hôpitaux de Paris,
Professeur d'anatomie et de médecine opératoire à l'École pratique
de la Faculté de médecine de Paris,
Chargé en 1880 d'une mission scientifique
dans l'Amérique du Sud
par le Ministre de l'Instruction Publique de France,
Membre de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier,
Membre de la Société d'Anthropologie de Paris, etc.

MONTEVIDEO
Imprimerie à vapeur du journal La France, rue Sarandi 203
1885





